

**ANAIS DO XV CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DA UNIVERSIDADE
METROPOLITANA DE SANTOS - 2021**

Sumário dos Trabalhos Científicos

1. Processo de decisão pelo tipo de parto no estado de São Paulo: da preferência inicial das mulheres à via final de parto.....Página 08
2. Anemia na gestação - Relato de caso.....Página 13
3. Difícil manejo de dor em paciente com pseudocisto pancreático, pancreatite crônica e hepatopatia alcoólica.....Página 17
4. Consentimento informado na prática médica: uma revisão da literatura..... Página 22
5. Uso da terapia adjuvante de hidrocóide para minimizar a cirurgia de reconstrução parcial de mama: relato de caso.....Página 26
6. Síndrome de Villaret Após Radiação Ionizante - Relato de Caso.....Página 31
7. Doença Metabólica Óssea da Prematuridade: até onde caminhamos nessa patologia.....Página 36
8. Lesão vegetante em canal anal secundária a infecção por CMV: um relato de caso.....Página 40
9. Sarampo: A relação do movimento antivacinação e o aumento de casos nos últimos 5 anos.....Página 44
10. Acidentes com animais peçonhentos no município de Santos, uma emergência médica: revisão de literatura.....Página 50
11. Hemorragia digestiva alta secundária à úlcera péptica gastroduodenal e sua avaliação endoscópica.....Página 55
12. Osteogênese imperfeita - revisão bibliográfica.....Página 62
13. Cefaleia em Salvas.....Página 69
14. Cuidados com recém nascidos pré termo.....Página 73
15. Doença do Refluxo Gastroesofágico e seus Principais Achados Endoscópicos: Revisão Bibliográfica.....Página 78
16. Canabinóides no tratamento da Esclerose Múltipla - relato de caso.....Página 83

17. A ação do antígeno leucocitário humano (HLA) na rejeição dos transplantes de órgãos: uma revisão da literatura.....	Página 85
18. Doenças de Creutzfeldt-Jakob: relato de caso.....	Página 90
19. Avaliação da automedicação com espironolactona no tratamento da acne em mulheres adultas.....	Página 95
20. Síndrome Neuro-Behçet: um desafio diagnóstico.....	Página 100
21. Fístula arteriovenosa pulmonar - relato de caso.....	Página 105
22. Efeitos da suplementação do ácido fólico no período periconcepcional e gestacional. Overview de revisões sistemáticas.....	Página 113
23. Os humores pós-parto e a sua relação com as mudanças hormonais – Revisão de Literatura.....	Página 117
24. Epidemiologia das mortes por afogamento na Baixada Santista.....	Página 122
25. Processo no TJ: Procedência X Improcedência. Produção antecipada de prova.....	Página 128
26. Paciente em choque cardiogênico – É possível o desmame de dobutamina utilizando sacubitril/valsartana?.....	Página 136
27. Sucesso terapêutico após uso de imunobiológico em paciente com urticária crônica espontânea - relato de caso.....	Página 138
28. Xantogranuloma juvenil associado à Neurofibromatose - Relato de caso.....	Página 142
29. Miocardite com descompactação miocárdica: relato de uma apresentação rara e atípica.....	Página 148
30. Relato de caso de mumificação: estudo de fatores climáticos e ambientais.....	Página 150
31. Implicação ético-penal em processos indenizatórios decorrentes de erro do profissional médico.....	Página 154
32. Neurotuberculose em paciente de origem imuno comprometida desconhecida.....	Página 160
33. Obesidade como fator agravante em paciente jovem com covid - 19..	Página 165
34. Processos no Tribunal de Justiça: relação criminal, civil e CRM.....	Página 170

35. A catastrofização da dor está relacionada ao paciente e não à enxaqueca.....	Página 177
36. Impacto do isolamento social nas causas de procura por atendimento oftalmológicos durante a pandemia do COVID-19.....	Página 181
37. Radioterapia Intraoperatória: Uma técnica para tratamento do câncer de mama inicial – Revisão Bibliográfica.....	Página 191
38. Uso da ressonância magnética para avaliar a extensão do carcinoma ductal in situ de mama.....	Página 195
39. COVID-19 em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: revisão de literatura.....	Página 199
40. Abordagens terapêuticas na atrofia muscular espinhal.....	Página 203
41. Descoberta de pancreatite autoimune IgG4+ por persistência de alterações de enzimas hepáticas e pancreáticas após colecistectomia por colecistite aguda - relato de caso.....	Página 210
42. Análise da qualidade de vida de pacientes oncológicos em uso de DOAC.....	Página 215
43. Avaliação morfométrica da profundidade do complexo forame/ canal/ sulco infra-orbitário (FIO/ CIO/ SIO).....	Página 219
44. Pizotifeno para o tratamento da enxaqueca: revisão sistemática e meta-análise.....	Página 220
45. A tríade hipertensão, edema e proteinúria ainda são critérios relevantes para diagnóstico de pré-eclâmpsia?.....	Página 225
46. Afasia bilíngue no contexto inicial de acidente vascular encefálico: relato de caso.....	Página 229
47. Avaliação do número de transplantes hepáticos nos últimos 10 anos no Brasil relacionado aos aspectos epidemiológicos e tecnológicos.....	Página 233
48. Levantamento da mortalidade infantil nos municípios da baixada santista durante a pandemia da COVID-19.....	Página 240
49. Angioedema hereditário por bradicinina - relato de caso.....	Página 245

50. Achados endoscópicos em pacientes infectados pela Helicobacter pylori: revisão retrospectiva no Guarujá.....Página 248

51. Lesão renal aguda em pacientes com COVID-19.....Página 255

Processo de decisão pelo tipo de parto no estado de São Paulo: da preferência inicial das mulheres à via final de parto.

Ana Paula da Silva;1 Ariane Fátima Furtado Luiz;1 Isabela Ferreira Gonçalves;1 Isabela Piaj;1 Kamilla Mayr Martins Sá;1 Thayná Emily Barboza de Carvalho;1 Gerson Aranha.2

Discentes do curso de medicina da Universidade Metropolitana de Santos1

Docentes do curso de medicina da Universidade Metropolitana de Santos2

Email: anapaula.apds1999@gmail.com

RESUMO

No cenário mundial contemporâneo tem-se observado um crescimento na proporção de cesáreas e o Brasil se apresenta como um dos países com as maiores taxas, principalmente quando se analisa a rede privada de saúde. Por conseguinte, esse estudo tem por objetivo avaliar as preferências do tipo de parto no início e no final da gestação e, posteriormente, comparar tais opções com os resultados obtidos.

PALAVRAS-CHAVE: via de parto inicial, via de parto final, parto vaginal, parto cesárea, complicações gestacionais.

INTRODUÇÃO

Por um longo tempo o parto domiciliar era uma pratica comum das sociedades. A partir do século XX, a assistência cirúrgica ao parto tornou-se popular. No Brasil, a prática do parto hospitalar difundiu-se após a segunda guerra mundial, quando novos

conhecimentos e habilidades foram sendo incorporados pelos médicos, reduzindo a morbimortalidade materna nas intervenções realizadas em partos hospitalares. 1'2

O parto vaginal, considerado um evento fisiológico, se distancia de toda e/ou qualquer ação intervencionista. Em contrapartida, a fim de diluir as complicações materno-fetais, a cesárea legitimou-se como àquela que recebe mecanismos, que corroboram para a realização de um evento automatizado, que segue uma linha mercadológica e de produção. 3

Embora a Organização Mundial da Saúde imponha como limite máximo de 15% de cesáreas em relação ao total de partos realizados em um país, observa-se no Brasil, aumento da execução de partos “cirúrgicos”, sendo que, não há fatores de risco que justifiquem esse acréscimo. 2

A taxa de cesáreas em rede privada é maior em regiões mais desenvolvidas do país, sendo São Paulo o estado que apresenta os maiores índices de cesariana. Isso ocorre porque, no sistema de saúde privado, a gestante tem a possibilidade de escolher o médico para acompanhamento do pré-natal e realização do parto, assim como agendar uma cesariana. Já no Sistema Único de Saúde, não é permitido à gestante o agendamento do procedimento, sendo realizado pela equipe de plantão na maternidade. 4,5

MÉTODOS

O trabalho não demonstrou conflito de interesse e foi aprovado pelo Comitê de Ética através da Plataforma Brasil, cujo número do CAAE é 34741820.8.0000.5509, demonstrando assim, a veracidade da informação.

A população do estudo foi constituída de mulheres residentes do estado de São Paulo, que responderam a um formulário realizado na plataforma Google Formulários divulgado nas redes sociais, no período de 07 de julho de 2020 até 14/12/2020.

Não foram incluídas no estudo mulheres que não residem no estado de São Paulo e/ou que não tiveram filhos.

A amostra total foi de 524 formulários respondidos, sendo que cada formulário corresponde a uma mulher diferente, obrigatoriamente. Da amostra total, foram excluídos 190 formulários de mulheres nulíparas. Das 334 respostas remanescentes, todas foram incluídas para a realização deste artigo.

Esse é um estudo de coorte onde foram analisadas as vias de parto de mulheres residentes no estado de São Paulo, comparando a escolha inicial e a decisão final da via de parto.

Foram estudadas características como perfil pessoal e socioeconômico da mulher, quantas vezes já engravidou, quantos partos já realizou, se houve abortamentos, data e idade do primeiro parto, rede assistencial privada ou pública, se houve acompanhamento pré-natal, tipo de parto realizado, via inicial e final de parto, fatores que influenciaram na mudança da via de parto caso esta tenha ocorrido, via de parto na primeira gestação, presença de complicações na primeira gestação, ajuda assistencial de equipe multiprofissional durante o parto, comparação da via final de parto entre uma gestação e outra, se houve alteração na via de parto para uma próxima gestação.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Através de alguns fatores, podemos observar a incidência de determinados tipos de partos de acordo com a caracterização hospitalar. Os partos vaginais ocorreram em sua maioria em hospitais públicos. Nos hospitais particulares e/ou conveniados, a cesárea foi demonstrada com grande percentual (uma diferença considerável relacionada a partos vaginais em 39,16% para hospitais particulares e 58,25%, para convênios).

A opção inicial de via de parto nas pacientes analisadas prevaleceu em partos vaginais, entretanto essa via sofreu uma queda de 12% quando a opção avaliada foi a via final, obtendo um aumento de 19% na cesárea, que se tornou a via preferencial das pacientes. A maioria dessas mulheres utilizou assistência exclusiva de médicos e enfermeiros e algumas optaram por doulas, obstetrias e enfermeiras obstétricas. Questionadas sobre uma próxima gestação, 65% optaram por manter a via final escolhida, porém, 18%

optaria, sem dúvidas, pela cesariana. Além dessas informações, obtivemos algumas respostas sobre preferência em partos vaginais futuros mesmo com cesáreas prévias.

Nota-se também, conforme os resultados, que não houveram complicações na primeira gestação ou no próprio parto em 70,95% das mulheres. Entretanto, nos 29,05% restantes das entrevistadas, as intercorrências na gravidez ou no momento do parto se deram por conta de diversos fatores, entre eles os mais prevalentes foram pré-eclâmpsia, descolamento de placenta, anemia puerperal, placenta prévia, necessidade de fórceps durante o parto, perda ou pouco líquido amniótico, prematuridade, entre outros.

Contudo podemos levantar dois pontos relevantes que corroboram de maneira significativa para os resultados apresentados no estudo. O primeiro é a diferença entre serviços públicos e privados para a escolha da via de parto, seja por questões de financiamento da saúde pública estadual, administração do próprio hospital, material disponível no momento do parto e questões como o poder de autonomia e liberdade dada à mulher no espaço hospitalar pela equipe interdisciplinar responsável. O segundo ponto é o pré-natal mal feito bem como excesso de intervenção nos processos de gestação, parto e puerpério, o que acaba dificultando também o sucesso no alcance das metas de redução da mortalidade materna mesmo em mulheres com baixo risco obstétrico.

CONCLUSÃO

Diante dos fatos e dados apresentados, conclui-se, do presente trabalho, que os partos vaginais ocorrem, em sua maioria, na rede pública, enquanto a maioria das cesáreas são realizadas em pacientes que utilizam convênio médico. A mudança na via final de parto é decorrente, majoritariamente, de indicação médica frente às patologias obstétricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392(10155):1341-8.
2. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:S101-S16.
3. REBELO F, DA ROCHA CMM, CORTES TR, DUTRA CL, KAC G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2010;89(7):903-8.
4. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil, 2020. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/> . Acesso em: 08 jun. 2020.
5. Pimentel TA, Oliveira-Filho EC. Factors that influence the choice by surgical delivery: a literature review. *Centro Universitário de Brasília*. 2016;1.

Anemia na Gestação - Relato de Caso

Autores: Bruna Marquez Rodrigues de Paula¹, Daniela Rachel de Oliveira Brunelli¹,
Silvio Martinelli²

1) Acadêmica de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP.

2) Professor titular da disciplina de Obstetrícia da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP.

E-mail: brunamaarquez@gmail.com; brunellidaniela98@gmail.com;
silvio.martinelli@me.com

Introdução

A anemia é uma alteração hematológica em que as hemácias apresentam diminuição no carreamento de oxigênio no sangue, sendo expresso pela baixa concentração de hemoglobina (Hb). A anemia mais comum na gestação é a ferropriva, a qual é uma das complicações mais frequentes da gestação, pois o organismo durante esse período necessita de uma grande quantidade de ferro devido a rápida expansão dos tecidos e da produção de hemácias¹.

A dieta, por si só, não é capaz de repor a quantidade de ferro necessária, dessa forma é fundamental a reposição por via oral. Segundo a OMS a dose deve ser de 40 a 60 mg de ferro elementar diário para a profilaxia em todas as gestantes a partir das 20^a semanas e até 3 meses após o parto².

A reposição de ferro elementar durante a gravidez previne complicações como baixo peso no nascimento, morte neonatal, anomalias congênitas, morte materna, anemia e infecções materna severa³. Portanto, é essencial durante o pré-natal realizar anamnese, exame físico, solicitar hemograma, hematócrito e suplementação de ferro. A dosagem de ferritina e ferro sérico deve ser feita em casos que responderam de forma inadequada à terapêutica, assim como prova de falcização, eletroforese de hemoglobina e dosagem de ácido fólico e vitamina B12, entre outros⁴.

A Hb inferior a 11,0 g / L é o critério aceito para o diagnóstico de anemia na gravidez nos três trimestres. A maioria das grávidas com anemia leve ou moderada é assintomática, mas quando há sintomas eles são inespecíficos, como o cansaço, letargia, fraqueza e irritabilidade 5.

O tratamento consiste na administração de ferro por via oral ou intravenosa. A via oral (120-180 mg de ferro elementar e 0,4 mg de ácido fólico) é a primeira escolha, pois permite o mecanismo fisiológico normal da absorção gastrointestinal do mesmo, além de não causar risco de sobrecarga de ferro 6. Deve ser administrada até que a concentração de Hb atinja o nível normal e as reservas estejam adequadas. Após o tratamento é retornada à dose pré-natal padrão para evitar a recorrência da anemia 2. A via intravenosa tem papel importante quando é necessário uma reposição mais rápida (final da gestação) ou quando a ingestão pela via oral se mostra difícil ou impossível de ser realizada. Hb menor do que 7,0 g/dl pode indicar a transfusão sanguínea ou administração de eritropoietina em casos selecionados 7.

Logo, o diagnóstico correto da anemia em gestantes é de suma importância para evitar complicações tanto para a mãe quanto para feto. Sendo assim, uma boa anamnese e exames laboratoriais devem sempre ser realizados para realizar diagnóstico e tratamento precoce.

Relato de caso

Paciente do gênero feminino, 20 anos, procedente de Cubatão, primigesta, procura o serviço para iniciar pré-natal com idade gestacional (IG) de 16 4/7 semanas, nessa consulta foi solicitado exames (ultrassonografia morfológica, hemograma e glicemia de jejum) e prescrito sulfato ferroso 300mg/dia. Paciente retorna com IG 18 3/7 semanas apresentando ultrassonografia (USG) morfológica de primeiro trimestre, o qual mostrou peso do feto de 96g, placenta grau zero, líquido amniótico (LA) normal, translucência nuchal (TN) 1,4mm, osso nasal presente. No hemograma apresentava Hb 12.1 g/dL, Ht 35,1%, VCM 81,4fl, HCM 28pg, CHCM 34,47%, RDW12,5%, leucócitos 9760, células/mm³, plaquetas 322.000 e glicemia de 70mg/dL. No exame físico peso 65,6kg, PA 90X60mmHg. A paciente continuou com o acompanhamento do pré-natal e após 16 semanas, retorna com IG 36 4/7 semanas, apresentando hemograma com Hb 9,9 g/dL,

Ht 31%, VCM 81fl, HCM 26pg, CHCM 31,9%, RDW 13,6%, leucócitos 10820 células/mm³, plaquetas 225.000 e o USG morfológico de segundo trimestre, feto cefálico, peso 1998g, placenta grau zero, LA 9,9mm. No exame físico a paciente apresentava peso de 76,6kg e PA 130X70mmHg. A hipótese diagnóstica é anemia.

Desenvolvimento

Segundo a OMS, a recomendação de suplementação é de 60mg de ferro (equivalente a 300mg de sulfato ferroso) elementar para toda gestante a partir da 20ª semana de gravidez, pois a anemia ferropriva é o tipo mais frequente e preocupante do ponto de vista de saúde pública. Apesar de sempre ser solicitado em consultas de pré-natal a reposição de sulfato ferroso (300mg/dia), devido à queda prevista de Hb durante a gestação, no terceiro trimestre pode ser que a reposição de sulfato ferroso não seja suficiente para suprir a necessidade da paciente durante esse período, causando uma anemia gestacional. Dessa forma é necessária uma reposição mais efetiva, a qual pode ser feita por via parenteral ou por via oral 2.

A reposição por via oral é a primeira opção de tratamento, sendo recomendado dose de 120 mg a 180 mg de ferro elementar (2mg a 5mg/kg/dia), administrada em duas ou três tomadas, preferencialmente uma hora antes das refeições principais. Entretanto, a resposta do tratamento depende da capacidade de absorção intestinal, e, principalmente, da tolerância ao tratamento oral, acompanhado por efeitos colaterais, principalmente gastrointestinais (náuseas, vômitos, epigastralgia, diarreia e constipação intestinal). A via intravenosa é indicada nas seguintes situações: quando necessário uma reposição mais rápida, principalmente no final da gestação ou quando a ingestão por via oral é mais difícil/impossível de ser realizada (intolerância absoluta ou má absorção) ou ainda, em situações em que a deficiência de ferro é grave (Hb inferior a 7,0g/dL). Porém essa via de administração tem como desvantagem a ida da paciente a Unidade Básica de Saúde para poder receber a reposição intravenosa, além do risco de deposição de ferro no tecido 7,8.

Após a administração é esperado que a Hb da gestante retorne ao normal (maior ou igual a 11g/dL), sendo que a escolha da administração irá depender das vantagens e desvantagens para cada indivíduo 8.

Referências bibliográficas

1. Sifakis S et. al. Anemia in Pregnancy. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2000; 900(1): 125-36.
2. OMS. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: OMS; 2013.
3. Sato, APS et al. Prevalência de anemia em gestantes e a fortificação de farinhas com ferro. Texto & contexto enferm. 2008; 17(3): 474-81.
4. Magalhães EIS et al. Prevalência de anemia e determinantes da concentração de hemoglobina em gestantes. Cad. saúde colet. 2018; 26 (4): 384-90.
5. Goonewardene M, Shehata M, Hamad A. Anaemia in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2012; 26 (1): 3–24.
6. Silva CF, Silva GF, Schafaschek HS, Guimbala MAB, Almeida S, Silva JC. Suplementação de sulfato ferroso na gestação e anemia gestacional: uma revisão da literatura. ACM arq. catarin. med. 2018; 47(1):198-206.
7. Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG, Casasbuenas A. Treatment for Iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane database syst. rev. 2011; 10 (CD003094).
8. Rodrigues LP, Jorge SRPF. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério Rev. bras. hematol. 2010; 32 (2): 53-56.

Difícil manejo de dor em paciente com pseudocisto pancreático, pancreatite crônica e hepatopatia alcoólica

Autores: Luana Nicola de Araujo¹, Daniela Rachel de Oliveira Brunelli¹, Carlos Henrique da Cruz Silva¹, Rodrigo Michels²

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (Santos/SP).

2. Médico titular especialista em Cirurgia do Aparelho Digestivo - CBCD

E-mail: luana.nicola@hotmail.com; brunellidaniela98@gmail.com;
carlosh.cruzsilva@gmail.com

INTRODUÇÃO

Cisto verdadeiro é uma coleção localizada de fluidos contidos no interior de uma cápsula de tecido epitelial. Já o pseudocisto pancreático (PP) é encapsulado por tecido não-epitelial, fibroso ou de granulação, com pouco ou nenhum tecido necrótico de permeio 1,2, em que cerca de 1/3 está localizado perto da cabeça da glândula, e 2/3 na cauda 1. De acordo com a classificação de Atlanta (1992), pseudocistos pancreáticos geralmente se desenvolvem com um atraso de até 4 semanas do início do evento de lesão².

PP é mais incidente em homens em qualquer faixa etária e 5 a 16% são gerados mediante complicação de pancreatite aguda; e 20 a 40% de pancreatite crônica, em que mais de 70% é de causa alcoólica^{1,3}, somado a distúrbios da árvore ductal biliar, trauma, cálculos biliares e idiopática 1.

Formados quando há ruptura do ducto pancreático principal ou de seus ramos, devido a inflamação ou lesão direta, causando extravasamento de enzimas pancreáticas para o parênquima ou órgãos adjacentes formando coleções de fluido homogêneo. Aproximadamente 2/3 dos PPs tem comunicação com ductos pancreáticos que continuarão a produzir enzimas, conseqüentemente aumentando o diâmetro da cavidade cística 1.

Achados de massa cística bem definida perto do pâncreas provavelmente trata-se de PP, porém é necessária uma análise histológica para verificar atipias celulares e testes com marcadores de tumor no líquido cístico 1, descartando possibilidade de carcinoma in situ ou áreas de malignidade.

Não há sinais patognomônicos de PP, entretanto, dor abdominal vaga e crônica 1,4,5, principalmente em pacientes com episódio recente de pancreatite deve levantar suspeita 1, assim como anorexia, obstrução do piloro, dispepsia, febre 4 ou choque, além de sintomas relacionados à compressão sobre estruturas adjacentes, como inchaço, náuseas, vômitos e icterícia 2,4. Em casos de ruptura de cistos haverá rigidez e proteção, vulnerabilidade abdominal, sinais de peritonite, massa abdominal palpável, icterícia escleral e derrame pleural 1.

O diagnóstico inicial é realizado através de tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste 3 e Ressonância Magnética (RNM). Ultrassonografia endoscópica, método minimamente invasivo permite, além de ver imagens detalhadas, fazer aspiração por agulha fina ou percutânea, usada para descartar malignidade ou suspeita de infecção do cisto 5.

O tratamento deve ser individualizado e multidisciplinar 2, considerando localização, tamanho, idade do PP e complicações 3. A resolução espontânea 1,5 é comum para os que ocorrem após episódio de pancreatite aguda 1, por serem estáveis e raramente sintomáticos, portanto, o padrão ouro para o tratamento de PPs não complicados é conservador 1,5. Devem ser tratados apenas na presença de sintomas ou complicações locais, como sangramento, infecção 1,3,5 e compressão de estruturas 3. As intervenções invasivas podem ser drenagens percutânea, endoscópica e cirúrgica, e o ideal é que qualquer procedimento deva ser adiado para aproximadamente seis semanas após o início dos episódios de pancreatite, para que a parede do PP tenha tempo de espessar. Obstrução biliar, gástrica ou duodenal exige drenagem, assim como o aumento do tamanho do pseudocisto no acompanhamento ou o achado de imagem em PP não complicado com mais de 6 cm de diâmetro 3.

Drenagem cirúrgica é padrão ouro para grandes PP ou com complicações, apesar do percutâneo e endoscópico possuírem vantagens de segurança, eficácia e aplicáveis a

pacientes em mau estado geral 3. A drenagem percutânea é a melhor opção terapêutica para PPs infectados. Já a endoscópica para os associados à pancreatite crônica 3, sendo necessária avaliação do parênquima subjacente e do ducto pancreático 2, usando via transmural ou transpapilar 3.

RELATO DE CASO

Paciente, masculino, 59 anos, queixa principal epigastralgia há 20 dias, associada a náusea e constipação há 7 dias. Histórico de DPOC, tabagismo, pancreatite crônica e etilismo. Realizou TC de abdômen e pelve com contraste, evidenciando dilatação vesicular biliar, ascite volumosa, fígado de dimensões reduzidas e bordas irregulares, formação nodular hipodensa volumosa, sugerindo cirrose hepática.

Lesão cística expansiva, mal definida, heterogênea, medindo 10,5x9,2x8,3cm no espaço gastro hepático, hilo hepático, estendendo-se até o forame omental. Áreas centrais ipodensas, podendo estar relacionada a lesão cística/ liquefação na topografia do processo uncinado (figura 1). Encaminhado para a UTI com hipóteses diagnósticas de neoplasia pancreática e cisto pancreático. A RNM evidenciou imagem cística com debris no interior medindo 7,2x9,9x5,9cm, não podendo descartar processo inflamatório/ pancreatite com formação de PP localizado em hilo hepático, e necrose envolvendo 30% do parênquima. No USG doppler lesão cística complexa, sem fluxo, podendo corresponder a um PP. A conduta indicada foi conservadora pela descompensação hepática, cursando com coagulopatia e plaquetopenia, respondendo satisfatoriamente à analgesia endovenosa para controle de dor.



Figura 1 – TC com contraste EV abdominal, evidenciando PP no círculo vermelho

DISCUSSÃO

O PP é mais incidente em pacientes do sexo masculino com histórico de pancreatite crônica, a causa mais comum é alcoólica, um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de PP1, corroborando com o caso relatado. Os sintomas do paciente são correlatos com PP, tendo em vista que seu diâmetro pode colabar alças intestinais, causando constipação, náusea e dor abdominal intensa 5.

Segundo a literatura utilizada não há relação direta entre PP, DPOC e tabagismo. De acordo com exames de imagem, o PP situa-se em cabeça e processo uncinado de pâncreas que, de acordo com a literatura, apenas 1/3 ocupa essa localização¹.

O exame de escolha é a TC em cenário agudo, fornecendo informações mais detalhadas sobre a anatomia circundante e dilatação de ductos pancreático e biliar comum, calcificações do ducto pancreático e extensão do pseudocisto fora do saco menor 6. Porém, a principal fraqueza desse exame é a dificuldade em diferenciar PP de neoplasia cística, dessa forma há necessidade de outros exames de imagem para a confirmação 6 como, ultrassom doppler, que revelou ausência de fluxo, excluindo a hipótese de pseudoaneurisma 6 e RNM 4, superior à TC por evidenciar detritos dentro de PP6.

O tratamento padrão ouro é a drenagem cirúrgica 3 ou percutânea e endoscópica para aqueles em mau estado geral 1. PPs que se desenvolvem como complicação da pancreatite crônica raramente se resolvem espontaneamente 1, como no caso descrito, cujo tratamento de escolha foi conservador, tendo em vista as doenças associadas ao paciente, apenas com manejo de dor com analgesia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Misra D, Sood T. Pancreatic Pseudocyst. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020
2. Matsuoka L, Alexopoulos SP. Surgical Management of Pancreatic Pseudocysts. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2018; 28(2):131-141
3. OI David, VT Grigorean. Therapeutical Aspects Regarding Pancreatic Pseudocysts. *Chirurgia*. 2018; 113(3):353-362

4. KS Gurusamy, E Pallari, N Hawkins, et al. Management strategies for pancreatic pseudocysts (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2016; Issue 4. Art. No.: CD011392.
5. Rasch S, Nötzel B, Phillip V, et al. Management of pancreatic pseudocysts: A retrospective analysis. PLoS One. 2017; 12(9):1-10
6. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterol. 2009; 15(1): 38-47.

Maria Fernanda Canton Zanatta¹, Isadora de Campos Cassemiro¹, Juliana Silva dos Santos¹, Marcela Alexandra Osorio Franco¹, Marcela Lourenço Alves¹, Guilherme Zanutto Cardillo²

e-mail contato: mariaferzanatta@hotmail.com

1- Acadêmico (a) do curso de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES);

2- Orientador responsável; médico legista e diretor do Instituto Médico Legal (IML) de Santos

INTRODUÇÃO

A ética de pesquisa com seres humanos se vê necessária a partir do Código de Nuremberg. Assim, estabelece-se padrões para a realização de experiências com seres humanos. O consentimento informado se consolida, no mundo todo, a partir da década de 70 com o avanço dos princípios bioéticos e, assim, passa a ser a materialização do princípio da autonomia. Na década de 80, com a judicialização da medicina, avança do ponto de vista ético e passa a dialogar com o Direito em suas diferentes esferas. Já no Brasil, na metade da década de 90, há sua institucionalização e se torna política administrativa de hospital.¹

O Consentimento Informado é um conceito ético legal e uma prática diária em todas as instituições de saúde, pelo qual o pesquisador instrui o paciente sobre os riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento ou intervenção. Esse deve ter a capacidade de compreender e avaliar as informações fornecidas, comunicar suas escolhas e compreender as consequências de sua decisão.^{2,3}

Segundo o Conselho Federal de Medicina, o Termo de Consentimento Informado deve conter: identificação do paciente ou de seu responsável; nome do procedimento; descrição técnica (em termos leigos e claros) e possíveis insucessos e complicações. Ainda mais, o documento compõe a descrição de procedimentos anestésicos (se necessário); explicação quanto à possibilidade de modificação de conduta; declaração de que as explicações foram efetivamente entendidas; confirmação de autorização, com

local e data de realização; modelo para revogação do procedimento e assinatura de testemunhas.1

OBJETIVOS E MÉTODOS

Realizar uma busca na literatura, por MEDLINE (Via PubMed E SciELO), visando reforçar a importância da teoria de consentimento informado na prática médica.

DESENVOLVIMENTO

O estudo Minossi J. G (2011) propõe-se detalhar o significado e o objetivo do consentimento informado, mostrando seu real papel na prática. Ele expõe que apesar do TCI ser um único documento, deve ser moldado para cada paciente, de acordo com sua condição sócio-econômica-cultural, e que a presença desse documento vai além de um consenso judicial, pois abrange a humanidade do pesquisador com o pesquisado onde se entende que as vontades da pessoa estão acima de qualquer desejo e opinião do profissional. Assim, o TCI pode ser revogado a qualquer momento e é vital que o paciente esteja capaz e não coagido para assinar o termo de consentimento, além de ser essencial a explicação de todo o processo para ele. Ademais, esse termo não substitui nenhum tipo de vínculo oral, só deve servir como apoio para o diálogo, não deve ser usado como uma maneira de Medicina Defensiva e sim algo que ajude tanto o paciente quanto o médico. Acentua-se que um prontuário bem preenchido e com os procedimentos descritos tem um valor ético e jurídico semelhante ao TCI e que todo ato médico deve ser regido pela ética, com responsabilidade civil e penal 1.

O estudo Cocanour CS. (2017) objetiva revisar os princípios básicos do consentimento informado - quando é necessário, sua evolução e como obter o mesmo. Ele reforça a responsabilidade do médico em passar de forma adequada as informações médicas, sempre avaliando a capacidade do paciente de compreendê-las e as implicações das alternativas de tratamento. Entende-se que requer um processo de comunicação preciso para realmente fornecer e obter um consentimento informado.2

A revisão Shlobin NA. et al. (2020) tem o objetivo de avaliar a capacidade dos médicos neurocirurgiões em fornecer consentimento informado aos pacientes, com 21 artigos incluídos no estudo. Aos resultados, a execução desse tema por parte médica, quando

de encontro ao enfermo, é fundamental, bem como a falta do mesmo mostrou-se um fator comum para litígios por negligência médica. Infere-se que os médicos têm o dever de fornecer aos pacientes todas as informações pertinentes, para que assim possa-se tomar decisões. Dessa forma, conclui-se que é responsabilidade do médico passar as informações ao paciente de forma adequada a fim de manter a comunicação para fornecer e obter um consentimento informado.³

A revisão TDD Santos (2016) visa mostrar que o processo de esclarecimento informado deve ser marcado por um diálogo com linguagem acessível ao paciente e jamais ser substituído pela assinatura de um documento. Tal conduta pode gerar desconfiança na relação médico-paciente, o que pode ocasionar conflitos futuros. Também remete sobre o quanto o esclarecimento informado deve ser apenas obtido pelo médico, sem transferir tal responsabilidade. Portanto, nota-se que ele garante o bom relacionamento entre o médico e o paciente, além de se colocar a par com os princípios da bioética de respeito e promoção da autonomia, da beneficência e da maleficência.⁴

A recomendação de 2018 do Conselho Federal de Medicina (CFM) versa sobre como o paciente deve ter condições de confrontar as informações e os esclarecimentos recebidos com seus valores, crenças e experiências para poder decidir e comunicar essa decisão, de forma coerente e justificada. Assim, é de suma importância que a redação do documento seja realizada com linguagem clara, visando um melhor entendimento do paciente. Ademais, o consentimento informado não é só um papel pró-forma, mas um dever ético do médico, amparado no Código de Ética Médica e o descumprimento é infração ética-profissional.⁵

CONCLUSÃO

O conhecimento do consentimento informado - com seus princípios e finalidades - é essencial para a prática médica e deve ser conhecido e praticado pelos médicos na prática assistencial, pelas instituições de saúde e em pesquisas, posto ser não apenas um dever moral do médico, mas uma obrigação ética. Atualmente, é possível observar um quadro de descaso e negligência partindo dos profissionais de saúde perante os pacientes, gerando um cenário suscetível a erros e infrações de cunho ético-legal. Assim,

torna-se necessária a análise desses conceitos e princípios a fim de relembrar o valor do consentimento informado na prática médica.

REFERÊNCIAS

1. Minossi José Guilherme. O consentimento informado: Qual o seu real valor na prática médica?. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2011 June [cited 2020 Dec 20] ; 38(3): 198-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000300011&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912011000300011..>
2. Cocanour CS. Informed consent-It's more than a signature on a piece of paper. [Internet] Am J Surg. 2017;214(6):993-7amjsurg.2017.09.015. Epub 2017 Sep 20. PMID: 28974311. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002961017307201>
3. Shlobin NA, Sheldon M, Lam S. Informed consent in neurosurgery: a systematic review. [Internet] Neurosurg Focus. 2020;49(5):E6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33130611/>
4. Santos TDD, Batista C. O Consentimento Informado na prática médica: Revisão Sistemática. [Internet] Repositório Institucional da Universidade Federal da Bahia. Out de 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20855>
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1/2018. Estabelece os dados de médicos que devem ser disponibilizados em consultas eletrônicas relacionadas aos registros dos profissionais médicos inscritos no Sistema Conselhos de Medicina e dá outras providências. [Internet] Diário Oficial da União. 2018 Sept 19;155(181 seção 1):128. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2018/2180_2018.pdf

Palavras-chaves: consentimento informado, ética.

Uso da terapia adjuvante de hidrocoloide para minimizar a cirurgia de reconstrução parcial de mama: relato de caso

Autores: Giovana Feitosa Martins¹, Isabela Lago Tavares¹, Maitê Ribeiro dos Santos¹, Maria Beatriz Ferraz da Ponte ¹, Tais Almeida Caldas ¹

Orientador: Dr. Felipe Rosas Homem ²; Eliane Marta Quiñones³

INTRODUÇÃO:

Os hidrocoloides (HDCs) são polímeros compostos por uma camada externa de poliuretano e uma camada interna de gelatina, pectina e carboximetilcelulose que além de contribuírem para o desbridamento autolítico e no manejo da dor, produzem um ambiente úmido sobre a ferida criando assim, uma barreira contra microrganismos externos ¹. Os HDCs agem promovendo a angiogênese, levando ao aumento do número de fibroblastos da derme, maior estímulo para a produção do tecido de granulação e aumento da quantidade de colágeno sintetizado, essenciais para o processo de regeneração celular e cicatrização ². Devido a sua ação na melhora da cicatrização, são indicados em casos de úlceras, perda de pele total, lesões com tecido de granulação, feridas com cavidades, crostas, tecido necrótico ou exsudato moderado ³. Apesar dos HDCs serem frequentemente utilizados no tratamento de lesões agudas e crônicas, ainda há dúvidas sobre as suas indicações ⁴. Estudos relatados na literatura divergem quanto à sua eficácia no processo de cicatrização de feridas, mostrando resultados que variam de nenhum benefício ou benefício mínimo a benefício significativo em comparação aos curativos de gaze convencional ⁵.

De modo geral, o curativo adequado para cada caso pode resultar em uma cicatrização melhor, tanto estética como funcional, desde que os princípios gerais com as feridas (limpeza, umidade e cobertura) sejam mantidos ³.

Palavras-chave: Hidrocoloide, reconstrução mamária, cicatrização.

OBJETIVO:

Relatar como o uso da terapia adjuvante de hidrocoloide pode minimizar a invasibilidade da cirurgia plástica de reconstrução parcial de mama.

RELATO DE CASO:

Relata-se o caso de uma paciente do sexo feminino, 27 anos, a qual deu entrada no pronto socorro adulto do Hospital da PUC-Campinas referindo picada de inseto (provavelmente aranha) há 2 dias na região da mama direita. Imediatamente começou a apresentar hiperemia e edema local o que a fez procurar assistência médica no Posto de Saúde próximo a sua residência, onde foi avaliada, medicada com anti-inflamatório não esteroidal e orientada a realizar compressas mornas no entorno da lesão. Porém, após 48h evoluiu com extensa necrose local, além de edema em membros inferiores e procurou o atendimento do Hospital da PUC-Campinas (Imagens 1 e 2). Ao exame físico foi constatado um regular estado geral, a mama se apresentava com necrose extensa, mal delimitada, acometendo todo o seu polo inferior e poupando a área do complexo areolopapilar. Nas extremidades os pulsos estavam presentes e palpáveis, havia edema bilateral(++/4). Durante a triagem foi identificado também sinais de insuficiência renal aguda (secundária a mioglobínúria) permanecendo então aos cuidados da Nefrologia. A mama inicialmente foi tratada com desbridamento cirúrgico e químico além de curativo diário com Sulfadiazina de Prata e HDC, no intuito de delimitar a área de necrose e no futuro programar a reconstrução da mama com base do tecido viável restante (Imagens 3 e 4). Após estabilização clínica a paciente recebeu alta hospitalar sendo encaminhada para seguimento ambulatorial para prosseguir com os curativos locais e programação do reparo mamário tardio. A paciente realizou acompanhamento por 4 meses, inicialmente com os curativos citados e posteriormente com a utilização de curativos de HDC até a epitelização completa da lesão (Imagens 5 e 6). Os curativos inicialmente eram trocados a cada 4 dias e em seguida passaram a realizar a troca semanalmente. A partir daí, foi iniciado o processo de reconstrução mamária. Por conta do quadro inflamatório e da necrose terem acometido todo o polo inferior, o polo superior e medial foram preservados, o que viabilizou a tentativa de realizar uma reconstrução seguindo os princípios da mamoplastia resultada pela Técnica de Pitanguy, onde o polo inferior foi amputado e o pedículo vascular superior e superomedial foram preservados. A paciente evoluiu muito bem e os resultados foram promissores (Imagens 7 e 8).



Imagem 1 – Mostrando necrose local em comparação a mama contralateral.

Imagem 2 – Mostrando necrose local em ampliação.



Imagem 3 – Mostrando evolução da lesão com os tratamentos iniciais em comparação a mama contralateral.

Imagem 4 – Mostrando evolução da lesão com os tratamentos iniciais em ampliação.



Imagem 5 – Mostrando a evolução da epitelação em comparação com a mama contralateral.

Imagem 6 – Mostrando a evolução da epitelação em ampliação.



Imagem 7 – Mostrando o resultado cirúrgico em comparação com a mama contralateral pouco tempo após reconstrução.

Imagem 8 – Mostrando o resultado cirúrgico em comparação com a mama contralateral após certo tempo da reconstrução.

DISCUSSÃO:

As coberturas para o tratamento de feridas são elaboradas para manter as lesões limpas e livres de contaminação, além de promoverem a cicatrização de lesões crônicas que podem apresentar grande perda de tecido 4. A extensa perda cutânea dificulta e

impossibilita a aproximação das bordas, fazendo com que ocorra cicatrização por segunda intenção, processo lento que pode gerar cicatrizes extensas, retração cicatricial e elevação do custo do tratamento 3. Para obter um ambiente adequado à cicatrização de lesões, alguns autores recomendam o uso de coberturas oclusivas que são capazes de reduzir a tensão de O₂ na superfície lesada. É necessário também que as coberturas sejam interativas, de superfície impermeável ou semipermeável à troca gasosa, para que seja garantida a umidade fisiológica no leito da lesão, evitando a formação de crosta ou maceração 4. O curativo de HDC é um substituto temporário de pele, sintético, oclusivo, formando por uma lâmina constituída de duas camadas, uma externa, confeccionada com poliuretano e outra interna, adesiva e formada por partículas hidrocoloides e polímeros hidrofóbicos 3. Ao entrar em contato com os exsudatos da ferida, a matriz hidrocoloide absorve a água e se liquefaz para formar um gel que preserva o ambiente úmido e quente na superfície da lesão 5. Além disso, mantêm o meio ácido no leito da ferida, o qual impede a proliferação de microrganismos, promove a angiogênese, o aumento no número de fibroblastos da derme, estimula a produção de tecido de granulação e de colágeno sintetizado 2. Evidências sugerem que o uso de HDC está associado a uma redução na dor da ferida, melhoria da qualidade de vida (incluindo a capacidade de lavar ou tomar banho sem danificar o curativo) e na qualidade de cicatrização 6. Facilidade de aplicação da cobertura, conforto e a não-exigência de trocas frequentes são outras características dos curativos de HDCs 4. Durante 4 meses, foi utilizado na mama da paciente do caso relato, curativos de HDCs que ajudaram na formação do tecido de granulação e na epitelização da lesão. Os curativos também proporcionaram diminuição da dor e da exposição do tecido neovascularizado. Por não exigir trocas frequentes 4, a renovação do curativo era realizada em um intervalo de 3 semanas, permitindo uma melhor comodidade para a paciente. O manejo da terapia de HDC garantiu a recuperação de grande parte do tecido lesado (Imagem 6), pois a satisfatória epitelização da lesão fez com que a deformidade ficasse bem delimitada, o que possibilitou uma menor invasibilidade e agressividade no tratamento seguinte, que foi a reconstrução mamária.

REFERÊNCIAS:

1. Pott FS, Meier MJ, Stocco JGD, Crozeta K, Ribas JD. A efetividade do hidrocoloide versus outras coberturas na cicatrização de úlceras por pressão em adultos e idosos: revisão sistemática e metanálise. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2014. 22(3): 511-520.
2. Santos AP, Santos AM, Carvalho ARO, Santos CG, Magalhães EJ, Virgínio LB, Santos MJS, Pinheiro FGMS. Estudo sobre a eficácia do age e hidrocoloide no tratamento de feridas superficiais com ou sem infecção. *CGCBS.* 2017. 4(2):25.
3. Coelho MCO, Rezende CMF, Tenório APM. Contração de feridas após cobertura com substitutos temporários de pele. *Cienc. Rural.* 1999. 29(2): 297-303.
4. Pinheiro LS, Borges EL, Donoso MTV. Uso de hidrocoloide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. *Rev.bras.enferm.* 2013. 66(5): 760-770.
5. Singh A, Halder S, Menon GR, Chumber S, Misra MC, Sharma LK, Srivastava A. Meta-analysis of Randomized Controlled Trials on Hydrocolloid Occlusive Dressing Versus Conventional Gauze Dressing in the Healing of Chronic Wounds. *Asian journal of surgery.* 2004. 27(4): 326-332.
6. Thomas S. Hydrocolloid dressings in the management of acute wounds: a review of the literature. *Intern. Wound Journal.* 2008. 5(5): 602-613.

Síndrome de Villaret Após Radiação Ionizante - Relato de Caso

Guilherme Ribeiro Nader 1, Letícia Chimini Antiqueira 1, Joseph Bruno Bidin Brooks 2, Fábio César Prosdócimi 2

RESUMO

A Síndrome de Villaret é caracterizada por uma lesão e/ou compressão de nervos e artérias que passam pelo espaço retroparotídeo posterior, onde passam alguns feixes neurovasculares essenciais, como as artérias carótidas externas, veias jugulares internas, o tronco simpático cervical e os pares cranianos IX, X, XI, XII, ou seja, os nervos cranianos com origem aparente no bulbo. Os sintomas podem variar dependendo da localização e da extensão das lesões. Até os dias de hoje, a Síndrome de Villaret continua sendo uma condição clínica muito rara. As causas da lesão podem ser variadas, no caso, uma fibrose do tecido nervoso possivelmente estimulada pela radiação ionizante durante tratamento radioterápico.

Palavras-chave: Síndrome de Villaret; Radiação ionizante; Espaço retroparotídeo posterior; Lesão de feixes neurovasculares.

ABSTRACT

Villaret's Syndrome is characterized by an injury and/or compression of nerves and arteries that pass through the posterior retroparotid space, where some essential neurovascular bundles goes through, such as the external carotid arteries, internal jugular veins, sympathetic cervical pathways and cranial pairs IX, X, XI, XII, which are the cranial nerves with apparent origin at the bulb. Symptoms may vary depending on the location and extension of the lesions. Until today Villaret's Syndrome, it is still considered a very rare clinical condition. The causes of the injury can be varied, in this case, a fibrosis of the nervous tissue possibly stimulated by ionizing radiation during radiotherapy treatment.

Keywords: Villaret's Syndrome; Ionizing radiation; Posterior retroparotid space; Lesion of neurovascular bundles.

METODOLOGIA

Através da análise de prontuário de consultório, foi realizada uma busca nas bases de dados Pubmed e Lilacs, para obtenção de casos com as mesmas apresentações com objetivo de comparar os mesmos e descrever as variações. O trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética com CAEE 37438020.8.0000.5509.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Villaret foi descrita pela primeira vez no ano de 1916 pelo neurologista francês Maurice Villaret, em Paris. Ele observou alguns dos feridos por arma de fogo que vinham da Primeira Guerra Mundial, descrevendo uma série de perturbações apuradas, que teriam sido causadas devido a uma lesão nos nervos que passam no espaço retroparotídeo posterior, resultando um comprometimento seletivo e homolateral dos quatro últimos nervos cranianos.^{1,2}

A Síndrome de Villaret ocorre devido a lesão e/ou compressão de nervos e artérias que atravessam o espaço retroparotídeo posterior, espaço virtual localizado na nasofaringe, onde passam alguns feixes neurovasculares essenciais, como as artérias carótidas externas, veias jugulares internas (direita e esquerda), tronco simpático cervical e os pares cranianos IX, X, XI e XII (glossofaríngeo, vago, acessório e hipoglosso, respectivamente).¹

As causas podem ser traumáticas, como fratura de base do crânio, e, principalmente, projétil ou estilhaço; ou não traumáticas, como neoplasias (tumores parotídeos, tumores da base do crânio, linfadenopatias neoplásicas), supurações da amígdala e mastóide, equinococose, aneurisma de carótida.³

Os sintomas da Síndrome de Villaret podem ser caracterizados por limitação da elevação do ombro, desvio da língua e atrofia, alterações no tom da voz, perda de paladar no terço posterior da língua, disfagia, alterações sensíveis no palato e sinal de Horner, que constitui em ptose palpebral parcial, miose e alterações na transpiração da face do lado afetado. Esses sintomas podem variar, dependendo da extensão da lesão e das estruturas comprometidas.⁴

O principal objetivo deste artigo é apresentar uma breve revisão do tema a partir de um relato de caso da Síndrome de Villaret, em que observamos como causa a formação de tecido fibroso em estruturas adjacentes ao espaço retroparotídeo posterior devido à radiação ionizante, o que teria feito uma compressão nos nervos que passam em tal espaço.

RELATO DE CASO

O presente caso refere-se a um paciente do gênero feminino, 54 anos de idade, caucasiana, natural de Curitiba PR, procedente de Santos-SP, do lar, casada. A paciente apresentou quadro de início durante tratamento radioterápico e que cursava com disfagia, disfonia e ageusia.

Associado ao quadro clínico, relatava redução de trofismo do ombro direito. Apresentava antecedente pessoal de tabagismo (120 anos/maço), doença pulmonar obstrutiva crônica, e carcinoma de células pequenas operado no pulmão direito 5 meses antes desta avaliação.

O exame neurológico evidenciou miose com ptose e enoftalmia (sinal de Horner), fraqueza dos músculos trapézio e esternocleidomastóideo, ageusia, paresia do palato e atrofia da hemilíngua à direita. Realizado diagnóstico de Síndrome de Villaret. A tomografia computadorizada do crânio revelou uma lesão localizada no espaço retroparotídeo posterior direito.

O tratamento sintomático foi instituído e tendo apresentado estabilização clínica.

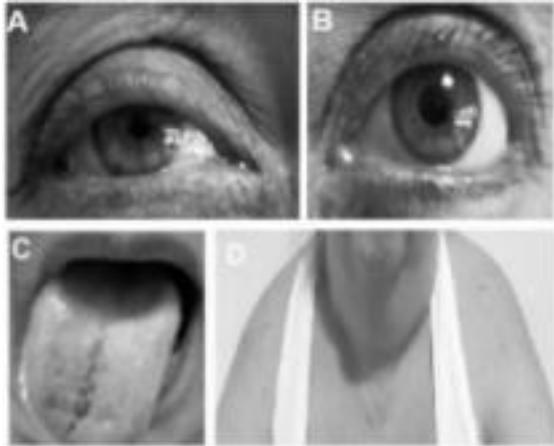


Imagem 1: A - Ptose palpebral; B – miose; C - desvio da língua; D - atrofia do trapézio ipsilateral à lesão dos nervos cranianos.

DISCUSSÃO

Após a primeira descrição de Maurice Villaret, em 1916, alguns relatos de casos com sintomas semelhantes foram descritos, contudo, a Síndrome de Villaret continua sendo uma condição clínica extremamente rara. Em 1990, Boon et al., descreveram o primeiro caso de um paciente com Síndrome de Villaret secundária a trombose da veia jugular. 6 Sicenica et al. dez anos depois, em 2000, descreveram um caso semelhante em um paciente com câncer de próstata.7 Em 2010, de Beer descreveu um paciente com abscesso retrofaríngeo que apresentava as mesmas características clínicas.4,8

A etiologia dessa síndrome clínica pode ser muito variada, sendo uma das causas mais frequentes as neoplasias, dentre as quais as mais importantes são: paragangliomas, meningiomas, condrossarcomas, tumores de células gigantes e metástases, entre outras.4

Em estágios mais avançados, o tumor de pulmão invade o cérebro com certa frequência, principalmente quando o tumor primário for volumoso e com múltiplos nós. Porém, as metástases que ocorrem exclusivamente na base do crânio são muito raras, são elas que dão origem à síndrome em questão, tendo uma frequência de apenas 4% dos tumores localizados inferiormente à linha clavicular.5

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Péricles MF. A Síndrome de Villaret e o Espaço Retroparotídeo. Rev Bras Neurol, 48 (4): 15-19, 2012.
2. Octavio M. Contribuição ao conhecimento das paralisias periféricas, múltiplas, unilaterais, dos nervos cranianos (Síndrome de Villaret). Trabalho do Laboratório de Fisiologia da Faculdade de Medicina da U.M.G. e do Instituto de Radium de Belo Horizonte, 1946.
3. H. Roger; C. Raybaud. Les paralysies des Quatre Derniers Nerfs Craniens et du Sympathique Cervical: Syndrome de Villaret. Arq. Neuro-Psiquiat. Vol.10 no.3 São Paulo July/Sept. 1952.
4. Camilo AEJ, Gustavo BV, Daniel H, et al. Síndrome de Villaret y paraganglioma cervical: Reporte de Caso on Consideraciones Especiales. Acta Neurol Colomb. vol.31 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2015.
5. Juan JC, Juliana AO, et al. Síndrome de Villaret y Adenocarcinoma de Pulmón: Una Asociación Infrecuente. Medicina Buenos Aires. vol.77 no.5 Buenos Aires, Argentina. 2017.
6. Boon P, De Reuck J, Van de Velde E. Villaret's Syndrome Due to Thrombosis of the Jugular Vein. Clin Neurol Neurosurg. 1990; 92(4):337-41.
7. Toni S, Gobi VB, Albert K, et al. Villaret's Syndrome in a Man With Prostate Carcinoma. The American Journal of Medicine. vol. 108 no. 6 P516-517. Published on August 16, 2004.
8. Frank B, Bart P. Teaching Neurolimages: Villaret Syndrome. American Academy of Neurology Published August 30, 2010.

Doença Metabólica Óssea da Prematuridade: até onde caminhamos nessa patologia

Guilherme Ribeiro Nader 1, Luiza Serra Carvalho Moura 1, Maithê Sabbagh Berrettari 1, Clara Dolores da Silveira Media2, Marilene Kiskissian Martins 3

Introdução: A doença metabólica óssea (DMO) presente em recém-nascidos prematuros (RNPT) é uma doença multifatorial frequentemente observada em RNPT com menos de 28 semanas de gestação, sendo mais comumente presente em recém-nascidos com muito baixo peso (RN-MBP), apresentando seu pico em 4 a 8 semanas de idade pós-natal.^{1,2}

O mecanismo fisiopatológico proposto para esta doença decorre do processo de passagem, sobretudo de cálcio e fósforo durante a gestação, processo que deverá ser mais acentuado ao final da gestação, entre a semana 32 e 36, período considerado crítico para o desenvolvimento da DMO.^{1,2}

Essa doença é descrita com achados bioquímicos atuantes como marcadores séricos de atividade metabólica referente ao tecido ósseo, além da avaliação radiológica da evolução óssea apresentada pelo paciente. O objetivo da avaliação diagnóstica é observar a atividade anormal e reduzida de diferentes marcadores ósseos, assim caracterizando a patologia, além da observação radiológica que deverá apresentar evolução lentificada. Além disso, a literatura ressalta que a melhor abordagem atual é a prevenção da doença sintomática, tendo como base a triagem de indivíduos expostos aos riscos de desenvolver a DMO.¹

Palavras-chaves: Doença metabólica óssea; osteopenia; prematuridade.

Objetivo: Revisar dados sobre a DMO em RNPT, evidenciando seus fatores de risco, incidência, fisiopatologia, métodos para seu diagnóstico, entre outros fatores que ajudem na compreensão do comportamento da doença, tratamentos atuais e fronteiras do conhecimento sobre este assunto.

Metodologia: Os dados foram obtidos através de uma revisão da literatura utilizando artigos científicos presentes nas plataformas de busca Cochrane, PubMed, SciELO e Google Scholar no período de 2001, 2018-2020. A pesquisa foi restringida utilizando os

termos “doença metabólica óssea”, “recém-nascidos” e “fisiopatologia”. Foram consultados 18 artigos por buscas manuais, dos quais foram selecionados e lidos 7 artigos científicos.

Discussão: A DMO consiste em alterações na mineralização óssea do RNPT. Essa doença tem maior incidência em RN-MBP, com menos de 1500g, podendo atingir entre 16-40%.^{3,4}

Os fatores de risco são: baixo peso; idade gestacional menor que 32 semanas; utilização parenteral por tempo prolongado; terapêutica com diuréticos; retardo no início na nutrição enteral; baixa oferta mineral na dieta, principalmente dos íons Ca e P durante a gestação; displasia broncopulmonar; imobilização pós natal; utilização de corticoides e uma queda nos níveis de estrogênio na placenta durante o desenvolvimento do bebê.^{3,4}

A fisiopatologia está relacionada com as concentrações minerais no RNPT, sendo que 80% da incorporação de Ca e P ocorrem no final da gestação, com pico na 34ª semana. No feto, há um estado de hipercalcemia em relação à mãe, devido ao transporte ativo transplacentário de Ca.⁴

A etiologia mais comum é a deficiência de Ca devido à elevação no paratormônio, já que, no rim, o PTH aumenta a reabsorção de Ca e diminui a de P e, no osso, ele estimula a reabsorção e subsequente liberação desses mesmos íons. Nesse sentido, a proteína relacionada ao hormônio da paratireoide apresenta importante função na manutenção do gradiente do Ca transplacentário e no processo de mineralização óssea do feto.⁴

A DMO não possui uma clínica característica, mas pode apresentar-se geralmente entre a 6ª e a 12ª semana de vida com quadro de desconforto respiratório tardio e desenvolvimento de atelectasias, com agravo de displasia broncopulmonar. Pode evoluir com parada de crescimento longitudinal, manutenção do perímetro cefálico, raquitismo (forma grave) apresentando craniotabes, edema de articulações costocondrais e alargamento epifisário de ossos longos, principalmente em punhos, podendo evoluir para fraturas espontâneas.⁴

Com relação ao diagnóstico precoce, não existem alterações bioquímicas ou radiográficas patognomônicas da DMO. Os marcadores séricos mais frequentemente

usados são o cálcio total, a fosfatase alcalina e o fosfato sérico, a fim de avaliar as concentrações destes analitos, se associando à densitometria óssea para averiguar a calcificação presente. A absorciometria por raios X de dupla frequência (DEXA) e o ultrassom quantitativo (QSU, quantitative ultra sound) são exames pouco utilizados, mas com boa acurácia diagnóstica, porém pouco disponíveis.^{5,6}

O tratamento inicia-se com a medição de cálcio sérico, fosfato, fosfatase alcalina e hormônio da paratireoide sérico (PTH) a fim de decidir se a terapia de reposição será com cálcio ou fosfato.⁷

Em casos de deficiência de cálcio, faz-se suplementação deste para normalizar o aumento do PTH plasmático e reverter a reabsorção óssea e a hipofosfatemia; a suplementação de fosfato para todos os neonatos com DMO da prematuridade não deve ser feita sem antes haver a medição de PTH plasmático, visto que pode aumentá-lo e exacerbar a DMO. Ademais, caso a deficiência seja de fosfato, ocorre a suplementação desse íon, sendo que pode ser necessária junto à de cálcio para manter a proporção de ingestão de Ca enteral para P. Assim, o ajuste da dosagem de qualquer suplemento mineral deve ser bioquímico e de forma semanal ou quinzenal. Por fim, sabe-se que o tratamento para DMO em recém-nascidos não se baseia apenas em medicamentos, mas também ocorre juntamente à uma equipe multidisciplinar e é necessária a avaliação do acúmulo de massa óssea e geometria esquelética para compreender as implicações de longo prazo da doença metabólica óssea.⁷

Conclusão: Conclui-se que a doença metabólica óssea (DMO) da prematuridade é uma patologia multifatorial cujas alterações podem ser encontradas na mineralização óssea resultante de deficiência no acréscimo mineral. Possui manifestação clínica com início principalmente entre a 6ª e a 12ª semana de vida, com espectro amplamente variado, desde pacientes assintomáticos, até presença de fraturas patológicas, incluindo prejuízo na função respiratória. Sobre o diagnóstico, ainda não existem alterações bioquímicas suficientes para detectar precocemente a DMO; tardiamente, diagnostica-se com alterações radiográficas, bioquímicas e na densitometria óssea. A principal medida terapêutica tem como base a suplementação mineral adequada de Ca e P associada a fisioterapia motora.

Referências Bibliográficas:

1. Faienza MF, D'Amato E, Natale MP, et al. Metabolic Bone Disease of Prematurity: Diagnosis and Management. *Frontiers in pediatrics*. 2019;7:143.
2. Chen W, Yang C, Chen H, et al. Risk factors analysis and prevention of metabolic bone disease of prematurity. *Medicine*. 2018;97(42):e12861.
3. Chinoy A, Mughal MZ, Padidela R. Metabolic bone disease of prematurity: causes, recognition, prevention, treatment and long-term consequences. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2019;104(5):F560-F566.
4. Catache M, Leone CR. Análise crítica dos aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da doença metabólica óssea em recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria*. 2001;77(Supl 1):S53-62.
5. Wagner K, Wagner S, Susi A, et al. Prematurity Does Not Increase Early Childhood Fracture Risk. *J Pediatr*. 2019; 207:148-153.
6. Karpen HE. Mineral Homeostasis and Effects on Bone Mineralization in the Preterm Neonate. *Clin Perinatol*. 2018; 45(1):129-141.
7. Chinoy A, Mughal MZ, Padidela R. Current status in therapeutic interventions of neonatal bone mineral metabolic disorders. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2020;25(1):101075.

Lesão vegetante em canal anal secundária a infecção por CMV: um relato de caso

Danilo Luiz Marques de Carvalho 1; Daiene Caroline Lapo Gomes 2; Flávia Rodrigues de Oliveira 2; Gelvana Flávio Barreto Reis 3; Marcela Lourenço Alves 2; Ranya Mohamad Azanki 2; Sérgio Feijoo Rodriguez 3

INTRODUÇÃO

A enterocolite ulcerativa e lesão vegetante abordada, é ocasionada pelo citomegalovírus (CMV), um vírus DNA de fita dupla, que carrega RNA mensageiro nas partículas de vírion, são vírus envelopados, com capsídeo icosadeltaédrico. É um vírus da família Herpesviridae, subfamília Betaherpesvirinae e gênero Cytomegalovirus, Herpesvírus humano 5. Se dissemina por meio de contato próximo: via oral, sexual, fluidos corporais, transfusões sanguíneas, transplante de tecidos e via congênita, possuindo como alvo principal de infecção, monócitos, linfócitos e células epiteliais 1.

Assim como todos os Herpesvírus, podem causar infecções líticas, caracterizada pela forma ativa da doença, no qual, o vírus age sobre células como fibroblastos, células epiteliais e macrófagos; latentes, definido pela forma inativa da doença, no qual, possui predisposição pelos linfócitos mononucleares e células do estroma da medula óssea. Em sua forma latente, não possui extensas manifestações, porém, quando ocorre a imunossupressão do indivíduo infectado, o vírus reativa, aumentando rapidamente seu ciclo lítico e conseqüentemente sua manifestação clínica. Sua manifestação clínica em pacientes imunocompetentes é rara, apresentando principalmente manifestações gastrointestinais. Quando ativada, pode manifestar-se em diversos sítios de diversas formas, dentre elas, no cólon, reto e sigmóide, na forma de diarreia aquosa acompanhada ou não de sangramento retal e dor abdominal inespecífica 2.

A enterocolite ulcerativa é um distúrbio inflamatório da mucosa intestinal. Se manifesta inicialmente no reto e tende a se expandir de forma contínua por todo o cólon ou apenas por uma parte do mesmo. Sintomas característicos são dor abdominal e fezes com muco e sangue 3. A lesão vegetante é caracterizada por aspecto friável, com tecido de granulação ausente ou anormal. Muitas vezes pode estar acompanhada de tecido necrosado ou ulcerado, sugerindo lesão invasiva.

OBJETIVO

Após pesquisa nas principais bases de dados em saúde não foram encontrados estudos que relacionassem o CMV com a lesão vegetativa como causa e efeito. O objetivo deste

estudo é relatar um caso de suspeita relação entre ambos com base em fortes evidências.

MÉTODOS

Os dados foram obtidos a partir da revisão do prontuário médico e exames de imagem feitos para diagnóstico.

RELATO DE CASO

Paciente M.S, sexo masculino, 55 anos com quadro de dor em região anal em investigação desde março de 2020 com antecedentes de lesões no cólon e lesão vegetante em canal anal constatado por retossigmoidoscopia em julho de 2020. Sem comorbidades. Deu entrada no serviço de oncologia em setembro de 2020 com dor abdominal e anal, com suspeita de neoplasia devido à lesão vegetante em exame anterior de retossigmoidoscopia. Foi realizada ressonância magnética que evidenciou linfonodomegalias e vasos proeminentes no espaço mesorretal. A colonoscopia mostrava processo inflamatório intenso de reto e canal anal. Após nova retossigmoidoscopia com biópsia e estudo anatomo-patológico da lesão, foi constatada infecção por CMV, além de benignidade, excluindo a hipótese de neoplasia.

Foi transferido para o serviço de infectologia para tratamento com Ganciclovir 5mg/kg endovenoso a cada 12 horas, por 21 dias. O exame sorológico testou negativo para Toxoplasmose, Herpes, HIV, e Sífilis. IgG reagente e IgM não reagente para CMV.

Com melhora do estado geral, o paciente recebeu alta do setor da infectologia, porém, após 5 dias de alta, o paciente retornou, dessa vez, pelo serviço de gastroenterologia com queixa de síndrome diarreica em uso de Metronidazol e Ciprofloxacino, deixando em aberto estudos diferenciais para um possível diagnóstico de doença inflamatória intestinal.

DISCUSSÃO

Existem evidências que relacionam as manifestações do CMV patogênico com as doenças inflamatórias intestinais, principalmente colites ulcerativas, visto que muitos pacientes fazem uso de agentes imunossupressores que por sua vez reativam o vírus

presente e exacerbam a comorbidade, entretanto, há casos em que pacientes com colite ulcerativa nunca tratada, apresentam piora severa de sua condição por conta do CMV, por mecanismos ainda não esclarecidos 5.

Antes do diagnóstico sorológico/ histopatológico de CMV, o paciente retratado neste relato tinha como suspeita o diagnóstico diferencial de doença de Crohn, doença inflamatória intestinal de caráter autoimune, com quadro clínico de dor em região anal e síndrome diarreica. O paciente tinha retossigmoidoscopia realizada previamente à internação que evidenciava lesões ulceradas em cólon e lesão vegetante em canal anal. A principal hipótese diagnóstica era de neoplasia.

O laudo da biópsia da lesão vegetante foi inconclusivo para doença inflamatória intestinal. O anatomopatológico mostrava lesão com intenso infiltrado linfocitário denso e monomorfo e inclusões virais muito sugestivas de CMV. Após esse resultado a hipótese de lesão neoplásica foi excluída.

O CMV pode ser encontrado em diversos órgãos do corpo humano, porém a sua forma patogênica é rara, principalmente em pacientes imunocompetentes. As manifestações intestinais ocorrem principalmente em pacientes com a síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) 4. Indivíduos transplantados, em quimioterapia ou terapia hormonal também podem manifestar a doença, devido à supressão do sistema imune 5. O paciente apresentava sorologia negativa para hiv, sem indícios de imunodeficiência.

As lesões vegetantes por característica apresentam aspecto friável e vegetante, podendo por vezes conter áreas de necrose ou ulcerações, odor fétido, exsudato profuso, sangrar dor 6. Quando endurecidas e de aspecto infiltrativo, a principal hipótese é de neoplasia. A possível relação entre a formação da lesão vegetante secundária ao CMV se dá pelos achados anatomopatológicos, porém, é indispensável a reunião de novas evidências para comprovar a hipótese.

REFERÊNCIAS

1- Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, et al. Microbiologia Médica. 6o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

- 2- Santacruz CC, Carlin PS, Rancano RS, et al. Segmental cytomegalovirus colitis mimicking sigmoid tumor in an immunocompetent patient. *Turk J Gastroenterol* . 2019; 30 (10): 932-934. DOI: 10.5152 / tjg.2019.18664.
- 3- Ordás I, Eckmann L, Talamini M, et al. Ulcerative Colitis. *Lancet*. 2012;380(9853):1606-19. DOI 10.1016/S0140-6736(12)60150-0. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22914296/>.
- 4- Hommes DW, Sterringa G, Van Deventer SJ, et al. The pathogenicity of cytomegalovirus in inflammatory bowel disease: a systematic review and evidence-based recommendations for future research. *Inflamm Bowel Dis*. 2004;10:245–250. DOI: 10.1097/00054725-200405000-00011.
- 5- Nakase H, Matsumura K, Yoshino T, et al. Systematic review: cytomegalovirus infection in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol*. 2008;43(10):735-40. DOI: 10.1007/s00535-008-2246-x.
- 6- Santos, Cristina Mamedio da Costa. Revisão sistemática sobre tratamento tópico de lesões vegetantes malignas. 2007-05-29. DOI: 10.11606/D.7.2007.tde-11062007-165009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-11062007-165009/pt-br.php>.

Sarampo: A relação do movimento antivacinação e o aumento de casos nos últimos 5 anos: Guilherme Ribeiro Nader¹, Maithê Sabbagh Berrettari¹; Rute Paulino Pereira¹ e Luiza Helena Falleiros Arlant ²

¹Estudantes de Medicina da UNIMES.

²Profa. Dra. Dpto. da Criança da Faculdade de Medicina da UNIMES. E-

mail autor principal: maithesberrettari@gmail.com

Palavras-chaves: Sarampo, Vacinação, Movimento antivacina.

Introdução: O sarampo é uma doença viral infecciosa aguda, causada pelo vírus do gênero Morbilivírus, altamente contagiosa, responsável por complicações graves, podendo induzir ao óbito. Antes da criação e distribuição global da vacina, a doença afetava 90% das crianças antes dos 15 anos de idade, sendo considerada um importante fator de morbimortalidade infantil mundial^{1,2}. A transmissão é direta e o período de incubação pode variar de 7 a 18 dias, desde a data de exposição até o aparecimento da febre¹. Cursa com: febre, coriza, conjuntivite, exantema – caracteristicamente com distribuição craniocaudal – e as clássicas lesões de Koplik, sintomas esses causados pela vasculite generalizada³.

O vírus ressurgiu no Brasil juntamente à entrada de turistas e migrantes susceptíveis que chegaram à região Norte do país (local com baixa cobertura vacinal), alcançando regiões mais populosas, como o Sudeste, que, mesmo possuindo uma cobertura vacinal de 90%, não conteve a ação do vírus³. Assim, o crescimento do movimento antivacina é de relevância no âmbito da saúde pública no Brasil, visto que, a ascensão desse movimento antecede casos importantes de surtos de doenças imuno-preveníveis em diversos países, além de gerar a chamada hesitação vacinal, caracterizada pela recusa ou atraso em receber vacinas disponíveis pelo SUS⁴.

Objetivo: Identificar os fatores que favoreceram o aumento dos casos de sarampo no Brasil e a relação desse com o fortalecimento do movimento antivacinação e a falta de comunicação com a comunidade médica.

Metodologia: Estudo retrospectivo com levantamento de dados, segundo boletins epidemiológicos da OMS e OPAS, utilizando artigos científicos, presentes em

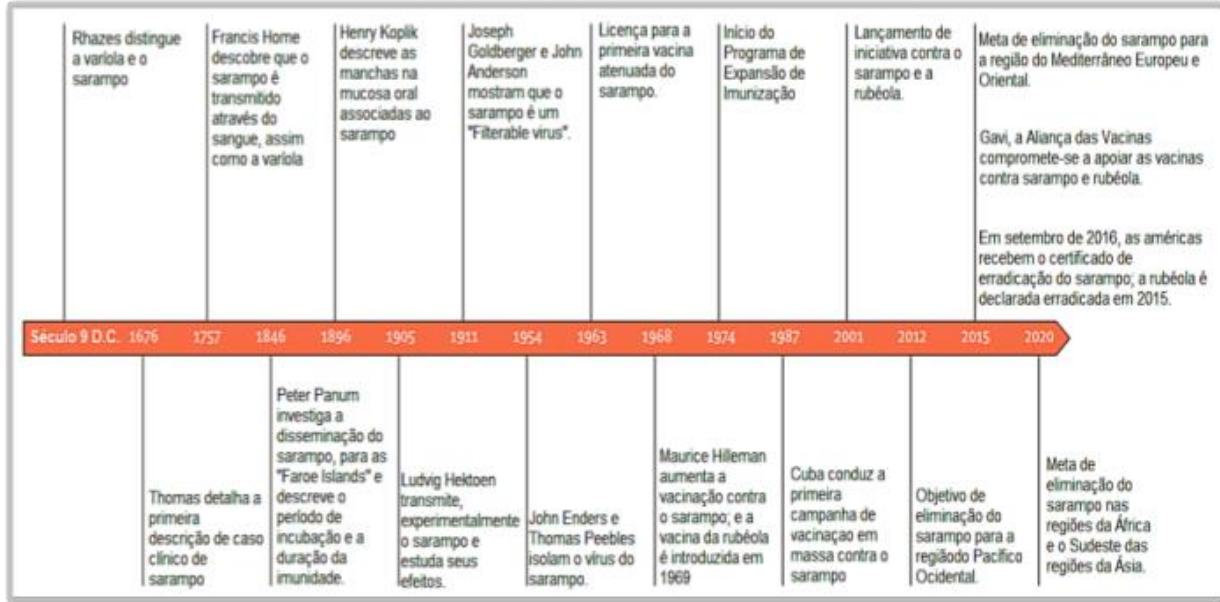
plataformas de busca, tais como: MEDLINE, CAPES e SciELO, utilizando termos como “movimento antivacina” e “sarampo”.

Considerações: A vacina do sarampo apresenta-se na forma isolada ou compondo a tríplice viral (SCR), que é composta pelos vírus do sarampo, caxumba e rubéola atenuados, devendo ser administrada em duas doses: a primeira aplicada aos 12 meses de idade e a segunda aos 15 meses. É altamente imunogênica e confere proteção de 98% contra o sarampo¹.

5 a 10% dos indivíduos, podem apresentar febre e alterações neurológicas, e de 2% a 5%, certo grau de exantema, após o uso da vacina. As contraindicações são: mulheres grávidas, alérgicos à neomicina ou gelatina, pacientes imunocomprometidos, portadores de alterações hematológicas em remissão e indivíduos que tenham tido terapia imunossupressora nos últimos 3 meses ou administração recente de imunoglobulinas⁵.

No Brasil, o Programa Nacional de Imunização, criado em 1973 pelo Ministério da Saúde (MS), visa coordenar as ações de imunização nos serviços de saúde, tentando alcançar as coberturas vacinais e controlando diversas doenças imuno-preveníveis⁶. A Figura 1, relaciona os anos com os principais acontecimentos do sarampo⁷. O Brasil recebeu, em 2016, o certificado de eliminação do Sarampo da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Porém, em 2018, houve o aumento dos casos de sarampo nos estados de Roraima e Amazonas, sendo um alerta do impacto da queda na cobertura vacinal em todo o país^{3,6}. Na Tabela 1, tem-se os casos confirmados de sarampo no Brasil⁸.

Figura 1: Linha do tempo dos principais acontecimentos relacionados ao sarampo.



Fonte: Moss⁷, adaptado pelos autores.

Tabela SEQ Tabela 1^o ARABIC 1: Casos confirmados de sarampo no Brasil nos anos de 2018 até agosto de 2020.

Ano	Casos Confirmados
Fevereiro de 2018 até semana 50 de 2019	26.240
2020 (semana 1 a 32)	7.718
Total desde o início da reintrodução do vírus	33.958

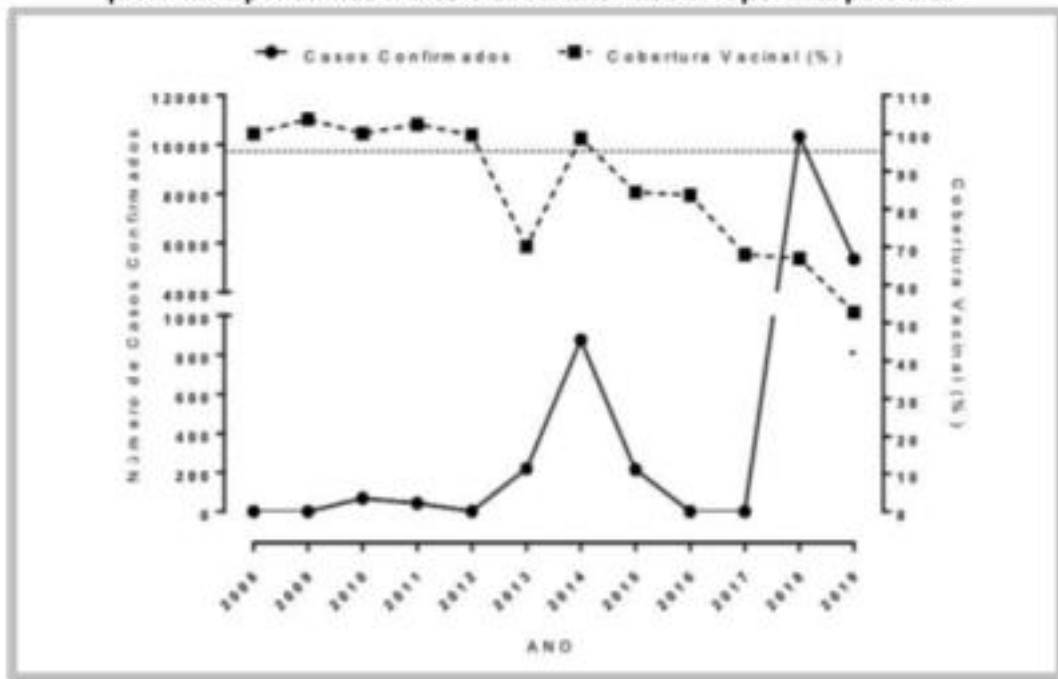
Fonte: OPAS⁸, adaptado pelos autores.

Discussão: O aumento no número de casos, explica-se pela forte imigração de venezuelanos em 2018 e o aumento do turismo (já que o vírus circulante é do tipo D8, não autóctone), os problemas no financiamento e gestão da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (diminuindo a vigilância epidemiológica de casos) e o movimento antivacina⁴.

Este último, surgiu em meados do século XX, após a publicação do artigo científico fraudulento intitulado "MMR vaccination and autism", escrito pelo médico Andrew Wakefield, na conceituada revista *The Lancet*¹⁰. Apesar das evidências que refutam

essas informações, esse estudo ainda abre margens para debates. É sustentado pelas “crenças filosóficas”, induzindo à hesitação vacinal, que se refere a crescente desconfiança sobre os efeitos colaterais resultantes dos processos de imunização, além da disseminação de notícias falsas ou distorcidas que circulam¹¹. Estas, podem ser analisadas pelo modelo da OMS conhecido como “3Cs”, traduzido por: confiança – eficácia e segurança das vacinas, ao sistema de saúde responsável pela distribuição e à mídia que as recomenda –; complacência – baixo entendimento alheio ao risco de se contrair doenças preveníveis por vacinação – e conveniência – disponibilidade física, acesso geográfico e acesso a informações, resultando na diminuição da cobertura vacinal de diversas regiões do país⁹. O Gráfico 1, relaciona a diminuição da cobertura vacinal, com o aumento do número de casos da doença¹².

Gráfico 1: Relação entre surtos da doença e a diminuição da cobertura vacinal, sendo que a linha pontilhada indica a cobertura vacinal reportada pelo MS.



Fonte: Brazilian Journal of health Review¹².

Conclusão: No combate às *Fake News* e ao movimento antivacinação, cabe à comunidade médica e aos vários segmentos da população, utilizar estratégias vinculadas ou não às ações governamentais, como o uso das redes sociais, para

orientar a população e mostrar a importância das vacinas para que as doenças preveníveis por elas não retornem. A comunidade médica deve procurar conhecer melhor os benefícios das vacinas e propagar esses ensinamentos à sociedade. Sabe-se que o tema é multifatorial, e para atingir bons resultados, várias propostas podem ser discutidas, como evidenciar que os efeitos adversos são raros, não justificando a suspensão da vacinação, na imensa maioria de casos.

Referências:

1. Chaves ECR, Júnior K das NT, De Andrade BFF, et al. Avaliação da cobertura vacinal do sarampo no período de 2013-2019 e sua relação com a reemergência no Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;(38):e1982.
2. Santos, NSO; Romanos, MTV; Wigg MD. *Virologia Humana*. 3ª ed. Editora Guanabara Koogan LTDA, editor. Rio de Janeiro; 2015. 598 p.
3. Medeiros EAS. Entendendo o ressurgimento e o controle do sarampo no Brasil. *Acta Paul Enferm*. 2019;(2):2018–21.
4. Beltrão RPL, Mouta AAN, Silva NS, et al. Danger of the antivaccine movement : epidemio-literary analysis of the anti-vaccination movement in Brazil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;12(6):6–13.
5. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação [Internet]. Ministério da Saúde. 2014. 250 p.
6. Silva BS, Guimarães EA, Oliveira VC, et al. National Immunization Program Information System: Implementation context assessment. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–10.
7. Moss W. Measles. *Lancet*. 2017;2490–502.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. 29a Conferência sanitária Pan-americana. In Washington, D.C., EUA.; 2017. p. 21.
9. MacDonald NE, Eskola J, Liang X, et al. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161–4.
10. Wakefield AJ, Taylor B, Miller E, et al. MMR vaccination and autism. *Lancet*. 1999;354(9182):949–51.
11. Vasconcellos-silva PR, Castiel LD, Griep RH. The media-driven risk society, the anti-vaccination movement and risk of autism. 2014;10.

12. Almeida CMS, Souza LGD, Coelho GN, et al. Correlação entre o aumento da incidência de sarampo e a diminuição da cobertura vacinal dos últimos 10 anos no Brasil. *Brazilian J Heal Rev.* 2020;3(1):406–15.

médica: revisão de literatura

Marina Ferrari¹, Fabiana Cortez Larguesa¹, Giullia Carvalho Mangas Lopes¹, Luiz Ricardo Pamplona Nascimento de Barros Mainardi²

1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.
2. Professor responsável da Liga de Trauma e Pronto-Socorrismo da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

PALAVRAS-CHAVES: Animais venenosos, Picaduras de aranhas e Mordeduras de serpentes.

INTRODUÇÃO

Pelos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) – Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) ocorreram de 2007 a 2019, 9.981 casos de acidentes por animais peçonhentos notificados no município de São Paulo e 183 casos no mesmo período, notificados no sistema do Ministério da Saúde, DATASUS, para o município de Santos; Com destaque para os acidentes por mordeduras de serpentes, os quais foram notificados 97 casos entre as 183 de notificações de Agravos (SINAN) ocorridas no município de Santos, estado de São Paulo. Ocorrem por ano aproximadamente 20.000 casos de acidentes ofídicos no Brasil, sendo na Amazônia, a região onde existe maior incidência de casos por habitantes. Entretanto, devido as dificuldades de acesso aos serviços de saúde nessa região,

observa-se uma subnotificação dos acidentes ofídicos, apesar de apresentar a maior incidência. Devido a esta dificuldade de dados atualizados e precisos, a maioria dos estudos epidemiológicos sobre o ofidismo geralmente é desenvolvida na região sudeste do Brasil.¹ Na literatura nacional sobre acidentes ofídicos, observa-se poucos estudos que destaquem a importância a este tipo de agravo à saúde. Na maioria sugere-se a realização de análises utilizando-se dos dados secundários provenientes do SINAN, com intuito de analisar a real dimensão do problema nas diversas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).² Em relação às aranhas, a literatura descreve pelo menos 25 mil espécies potencialmente venenosas no mundo, sendo que estes são provocados na maioria das vezes por

aranhas fêmeas, pois os machos não são capazes de liberar quantidade de veneno suficiente para causar a morte. Embora, também sejam negligenciados, quando comparados ao ofidismo, os acidentes causados por aranhas configuram-se como um problema de saúde pública, em especial, nas regiões tropicais do mundo.³

OBJETIVO

Revisar na literatura os casos de acidentes com animais peçonhentos, visto a frequência com que ocorrem e da sua potencial gravidade, principalmente quando acomete crianças, enfatizando a importância de um pronto atendimento médico, com base nos dados do Ministério da Saúde, os quais indicam a ocorrência de aproximadamente de 8 mil acidentes/ano, com um coeficiente de incidência de aproximadamente três casos/100 mil habitantes.

METODOLOGIA

Levantamento bibliográfico através de revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, LILACS e PUBMED, utilizando como principais palavras-chave: “animais peçonhentos” e “acidentes com animais peçonhentos”, assim como busca de dados sobre esses acidentes no município de Santos, disponibilizados no site do Ministério da Saúde “DATASUS”, no período de 2007 a 2019.

RESULTADOS:

De acordo com dados disponibilizados pelo MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação de 2007 a 2019, foi notificado no município de Santos 97 casos de acidente por mordedura de serpente, o qual corresponde aproximadamente 5% dos casos ocorridos no município de São Paulo, de um total de 2.187 casos notificados.

Segundo os dados epidemiológicos do MS, entre os anos de 2007 e 2019 houve 3.410 casos de acidentes por aranhas no município de São Paulo e 52 casos notificados no município de Santos, com base nas informações do Ministério da Saúde, o coeficiente de incidência dos acidentes araneídicos situa-se em torno de 1,5 casos por 100 mil habitantes, sendo a maioria das notificações das regiões Sul e Sudeste. Durante o período analisado, no sistema do Ministério da Saúde, o município de São Paulo

apresentou 9 óbitos notificados pelo agravo (acidentes por animais peçonhentos), com média de 1 a 2 óbitos por ano de estudo.

DISCUSSÃO:

Os animais peçonhentos, principalmente serpentes e aranhas investigados neste estudo, podem levar a acidentes graves, sequelas, muitas delas incapacitantes, e até mesmo evoluir a óbito. A inoculação do veneno de serpente durante uma mordedura deste animal no organismo humano, configura uma emergência médica, visto as atividades fisiopatológicas, com lesões locais por destruição tecidual (ação proteolítica), ativação da cascata da coagulação com consumo de fibrinogênio, concomitante a liberação de substâncias hipotensoras, lesões na membrana basal dos capilares por ação das hemorraginas, as quais associadas à plaquetopenia, assim como o descrito sobre as alterações da coagulação sanguínea, promovem manifestações hemorrágicas, frequentes e potencialmente letais neste tipo de acidente. Nos casos mais graves, pode ocorrer necrose de tecidos moles com formação de abscessos e desenvolvimento de síndrome compartimental, podendo ter como sequelas a perda funcional ou mesmo anatômica do membro acometido. As complicações sistêmicas mais comuns são o choque, a insuficiência renal aguda, a septicemia e a coagulação intravascular disseminada, tendo patogênese multifatorial e sendo causas frequentes de óbitos.⁴ O diagnóstico definitivo é auxiliado pela identificação da espécie da serpente junto às manifestações clínicas do envenenamento, os socorristas devem atentar para vias respiratórias, manter a respiração adequada do paciente, administrar oxigênio se necessário e estabelecer o acesso venoso em um membro não acometido pela mordedura do animal peçonhento, enquanto transportam a vítima o mais rápido possível para o atendimento médico mais próximo para que seja instituído tratamento definitivo, soro antiofídico. Já os acidentes envolvendo picaduras de aranhas ocorrem frequentemente dentro das residências e nas suas proximidades, ao se manusearem material de construção, entulhos, lenha ou calçando sapato.⁵ Podem ocorrer alterações clínicas como são dor, eritema, edema, parestesia, sudorese, taquicardia, agitação, hipertensão, vômitos, sialorreia, hipotensão arterial, choque e edema agudo de pulmão.⁶ O tratamento é sintomático ou

específico com a soroterapia, que tem sido formalmente indicada nos casos com manifestações sistêmicas em crianças e em todos os acidentes graves. O prognóstico é bom, os óbitos são muito raros. Lactentes e pré-escolares, bem como os idosos, devem sempre ser mantidos em observação pelo menos por seis horas.⁶

CONCLUSÃO:

Os acidentes por animais peçonhentos apresentam grande importância visto que podem causar reações graves e levar o indivíduo ao óbito; quadro clínico varia com a quantidade de veneno inoculado, localização, destacando, o tempo decorrido entre o acidente e o atendimento médico. Portanto, mesmo com sua incidência moderada, porém não insignificante, faz-se necessário um incentivo à pesquisa nessa área, com objetivo de fornecer maiores informações à população e profissionais da área de saúde quanto à frequência desses eventos, contribuindo para uma conduta adequada em cada caso, visando evitar a morbidade e a mortalidade nesses acidentes, assim como evitar a subnotificação desses agravos, o qual configura ainda uma triste realidade no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernarde OS, Gomes JO. Serpentes peçonhentas e ofidismo em Cruzeiro do Sul, Alto Juruá, Estado do Acre, Brasil. *Acta Amazônica*.2012.
2. Gurgel SM, Oliveira DS, Fernandes GM, et al. Perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos no Estado da Paraíba, Brasil, 2005 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012;21:449-456.
3. Brazil TK, Pinto CML, Silva LMA, et al. Aranhas de importância médica do Estado da Bahia, Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*.2009;79:32-37.
4. Pereira ID, Pinho FM. O. Ofidismo. *Rev. Assoc. Med Bras. São Paulo*.2001. 5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.2001.
6. Lise F, Coutinho SE, Garcia FR. Características Clínicas do Araneísmo em Crianças

e Adolescentes no Município de Chapecó, Estado de Santa Catarina, Brasil. Acta Sci Health Sci, Maringá.2006;28:13-16.

Hemorragia Digestiva Alta secundária à úlcera Péptica Gastrduodenal e sua

avaliação endoscópica - revisão bibliográfica

Laura Sbeghen Quaglio¹, Giullia Carvalho Mangas Lopes¹, Fabiana Cortez Larguesa¹, Gabriela Yumie Mota Kazama¹, João Paulo Espósito², Ana Karla Gaburri³

1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.
2. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Geral I da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.
3. Professor Orientador da Disciplina Sistema Digestório da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Endoscopia digestiva alta, Hemorragia gastrointestinal, Úlcera péptica gastroduodenal e AINES.

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência comum com taxas de morbidade aproximadamente 40% e mortalidade 10%¹. O sangramento ocorre por lesões no trato gastrointestinal superior, podendo ser decorrente do esôfago, estômago ou duodeno até o ângulo de Treitz, sendo exteriorizado como hematêmese, melena ou sangramento oculto².

Este sangramento gastrointestinal apresenta significativas repercussões clínicas e hemodinâmicas. Configura-se como emergência médica, sendo fundamental um diagnóstico preciso e imediato no pronto-atendimento, a fim de se obter o melhor prognóstico e uma redução da mortalidade intra-hospitalar, uma vez que está associado a taxas consideráveis de morbimortalidade².

HDA classifica-se como não varicosa e varicosa, de acordo com a etiologia do sangramento. Aproximadamente 80 a 90% das HDA são de origem não-varicosa, destacando-se as úlceras pépticas que ocorrem por perda delimitada de tecido em regiões do trato digestivo alto, que sofrem ação direta da secreção cloridropéptica do estômago, podendo ocasionar em alguns casos, quadro de hemorragia gastrointestinal. Reconhecemos atualmente como principais fatores etiológicos das úlceras pépticas a infecção por *Helicobacter pylori* e uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), sendo que o uso destes medicamentos representa aumento de 3 a 5 vezes no risco de hemorragia. Citamos ainda as causas raras de doença ulcerosa péptica como Síndrome de Zollinger-Ellison, doenças granulomatosas como a doença

de Crohn e a sarcoidose, neoplasias³. A úlcera péptica é considerada uma importante questão de Saúde Pública, uma vez que se associa a perda na qualidade de vida, perda de produtividade no trabalho e gastos elevados no tratamento das complicações⁵.

Já a hemorragia varicosa ocorre pela ruptura de varizes esofágicas, decorrente de Hipertensão Portal, onde temos aumento no gradiente venoso portossistêmico, podendo estar associado aos quadros de cirrose hepática alcoólica e viral, bem como de infestações parasitárias, como a esquistossomose mansônica ou episódios de tromboembolismo porto-hepático⁴. Embora, aproximadamente 80% das HDA classificadas como varicosas cessam espontaneamente, destaca-se, a gravidade do sangramento e necessidade de pronto-atendimento, visto que este sangramento se correlaciona geralmente a doença hepática crônica, onde observamos além da hipertensão portal, alterações decorrentes da insuficiência hepática como deficiência de coagulação.

O exame de endoscopia digestiva alta (EDA) é considerado o método de eleição para o diagnóstico e tratamento das principais patologias relacionadas a hemorragia digestiva alta, podendo mudar a evolução e as taxas de mortalidade, uma vez que contribui para a identificação da etiologia e aplicação precoce do tratamento adequado ao paciente⁶. Na figura 1, fornecida pela Dra. Ana Karla

Gaburri, podemos evidenciar o bulbo duodenal deformado, com hiperemia e edema moderados, assim como uma lesão ulcerada em atividade em parede ântero-superior com fundo limpo, recoberto por fibrina, medindo cerca de 1cm; já nas figuras 2 e 3, fornecidas pelo Dr. João Paulo Espósito, podemos evidenciar uma úlcera péptica com sangramento ativo e aplicação do clip hemostático como terapêutica, respectivamente.

OBJETIVO

Revisar na literatura os aspectos do manejo da úlcera péptica gastroduodenal, ilustrando com imagens de endoscopia digestiva alta e configurando como emergência médica no pronto-atendimento complicações como a hemorragia digestiva alta.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento bibliográfico através de revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE (Pubmed) e no último Consenso Brasileiro de Gastroenterologia, com os descritores: úlcera péptica, hemorragia gastrintestinal, hemorragia digestiva alta, diagnóstico, endoscopia digestiva, sangramento gastrointestinal, hematêmese, hemorragia por úlcera péptica, varizes esofágicas.

RESULTADO/ DESENVOLVIMENTO

A avaliação inicial do paciente que apresenta HDA no pronto-atendimento, fundamenta-se na anamnese detalhada, análise dos dados obtidos e estabelecimento das medidas de suporte e a terapêutica final adequadas para cada paciente. Na avaliação hemodinâmica a equipe responsável pelo atendimento realiza a aferição de pressão arterial, pulso e sinais de perfusão tecidual, buscando identificar os critérios de risco a vida e classificar o paciente em alto risco, encaminhando para unidades de terapia intensiva ou em baixo risco, aqueles pacientes que apresentem boas condições gerais e possam ser admitidos e mantidos na área de emergência até o diagnóstico endoscópico⁷. A endoscopia digestiva alta possui finalidade, tanto diagnóstica, permitindo classificar a

hemorragia secundária à doença ulcerosa péptica com base na classificação de Forrest (tabela 1), como possibilita também, a realização de biópsias de tecidos e massas tumorais, aspiração de líquidos injeção de adrenalina diluída, indução da trombose arterial com a aplicação de cliques hemostáticos ou um dispositivo térmico (termocoagulação), sendo assim, terapêutica⁹. As úlceras pépticas podem ser únicas ou múltiplas e acometem principalmente o bulbo duodenal e antro gástrico, portanto com base na avaliação endoscópica é possível visualizar a ruptura da mucosa gástrica, evidenciar a presença ou não de fibrina, realizar biópsia para avaliação patológica, principalmente quando se suspeita de infecção por *Helicobacter pylori*; assim como auxiliar na conduta terapêutica adequada a cada caso com base nos critérios endoscópicos e clínicos¹¹.

A literatura destaca que aproximadamente 20% dos pacientes que apresentam quadro de hemorragia digestiva alta com lesões de alto risco, poderão desenvolver um quadro de hemorragia persistente ou recorrente; com mortalidade expressiva, de 25 a 30%⁵. Enfatiza-se a realização do exame endoscópico nas primeiras 12 horas, após a avaliação e estabilização hemodinâmica. A EDA quando realizada precocemente

oferece importantes vantagens como identificar pacientes com lesões de baixo risco e que podem receber alta precocemente e os pacientes com lesões de alto risco que necessitam ser submetidos ao tratamento hemostático para diminuir a recidiva, evitando o tratamento cirúrgico e o risco de mortalidade. Além disso, apresenta relação custo-benefício favorável, pois diminui o período de internação dos pacientes com alto risco e as readmissões hospitalares⁸.

CONCLUSÃO

A hemorragia digestiva alta é uma emergência médica comum, com mortalidade de 2 a 10%, sendo a endoscopia importante aliada para diagnóstico e tratamento. Utilizada nos casos de sangramentos varicosos e não varicosos, pode ser repetida e aliada a inibidores da bomba de prótons em altas doses¹², destacando-se sua importância na identificação precoce dos fatores preditivos ao risco de recorrência de quadros de HDA, permitindo assim, que a equipe de pronto-atendimento estabeleça de forma rápida e adequada a melhor terapêutica inicial ao atendimento médico⁶.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huang CS, Lichtenstein DR. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003; 32(4):1053-78.
2. Franco MC, Nakao FS, Rodrigues R, et al. Proposal of a clinical care pathway for the management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Arq Gastroenterol.* 2015; 52(4):283-92.
3. Lanas A, Chan, FKL. Úlcera péptica. *The Lancet.* 2017; 390, 613–624.
4. Leal VP, Bianchini F, Totti SR. Avaliação das características clínicas, epidemiológicas e endoscópicas dos pacientes com hemorragia digestiva alta em um hospital do sul de Santa Catarina. *Revista GED: Gastroenterol Endosc Dig.* 2014;33(1):1-6.
5. Mayelin AJ, Solange RT, Noelvis TM, et al. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. *Rev Méd Electrón.* 2013;35(2):134-43.
6. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N England J Med.* 1994;331:717-27.

7. Luna LL, Luna RA. Tratamento endoscópico da úlcera péptica hemorrágica. Clin Bras Cir. 2003;69-94.
8. Kemp R, Castanheira SB, Jr OCS, et al. Protocolo Clínico e de Regulação de Acesso e de Preparo para Endoscopia Digestiva. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2017;87-105
9. Smeltzer SC, Bare BG, et al, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.3.
10. Malferltheiner P, Chan FKL, McColl KEL. Peptic ulcer disease. The Lancet. 2009;374:1449–61.
11. Lin HJ, Wang K, Perng CL, et al. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding. A prospective randomized study. J Clin Gastroenterol. 1996; 22:267-71.
12. Tanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. BMJ. 2019; 364-536.

ANEXOS:

Tabela 1: Classificação de Forrest para Hemorragia Digestiva Alta

SANGRAMENTO TIPO DESCRIÇÃO
I - Ativo <u>Forrest IA Em jato</u> Forrest IB “babando”
II - Recente <u>Forrest IIA Coto vascular visível</u> <u>Forrest IIB</u> <u>Coágulo recente</u> Forrest IIC Fundo hemático
III - Sem sangramento Forrest III Sem sangramento visível



Figura 1: Bulbo duodenal deformado, com hiperemia e edema moderados e lesão ulcerada em atividade em parede ântero-superior, fundo limpo, recoberto por fibrina, medindo cerca de 1cm.

Fonte: Imagem fornecida pela Dra. Ana Karla Gaburri



Figura 2: Ulcera péptica em sangramento ativo. Fonte: Imagem

fornecida pelo Dr. João Paulo Espósit



Figura 3: Aplicação do clip hemostático em ulcera péptica. Fonte:
Imagem fornecida pelo Dr. João Paulo Espósito

Osteogênese Imperfeita - revisão bibliográfica

Aira F. F. Amaro ¹, Isabela H. Hatem ¹, Valentina B. R. Correa ¹, Ana Luiza Cabrera Martimbianco ², Mileny E. S. Colovati ², Mirlene Cecilia S. P. Cernach ³.

1- Discente no curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES

2- Docente no curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES

3- Preceptora da Liga de Genética Médica e Docente no curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES

E-mail

- airaffa@icloud.com

-isahhatem@gmail.com

-valentina.vbrc18@gmail.com

Palavras-Chave: osteogênese imperfeita, COL1A1, COL1A2, colágeno, tecido conjuntivo.

Introdução

Osteogênese Imperfeita (OI) é um grupo heterogêneo geneticamente e clinicamente de doenças do tecido conjuntivo. A incidência das formas reconhecidas é 1:10-20.000 nascidos vivos. A característica principal consiste em alterações esqueléticas, variando de fraturas e deformidades ósseas, deficiência de crescimento até morte perinatal, porém outros tecidos também podem ser acometidos. Também conhecida como doença dos “ossos de vidro”^{1,2,3}.

Entre as características esqueléticas da OI estão macrocefalia, hipodesenvolvimento do

terço médio da face, *fácies* triangular, deformidades de tórax, como *pectus excavatum* ou *carinatum*, cifose ou escoliose ¹. Já as características secundárias incluem esclera azulada, perda auditiva, dentinogênese imperfeita e manifestações cardiopulmonares ³.

O paradigma atual da OI é o de uma doença relacionada ao colágeno ¹. A doença pode ser herdada de maneira dominante, recessiva ou ligada ao X⁴. Os tipos clássicos de Sillence para OI (tipos I-IV) com herança autossômica dominante compreendem cerca de 80-85% dos casos e são causados por mutações nos genes que codificam o colágeno tipo I, *COL1A1* e *COL1A2* ^{3,5}.

Objetivo

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre osteogênese imperfeita, com enfoque nos aspectos clínicos e genéticos dos diferentes tipos de OI.

Metodologia

Este estudo foi realizado por meio de pesquisa de artigos científicos na base de dados MEDLINE (via Pubmed) com filtro para estudos publicados nos últimos 5 anos. O descritor (*Meshterm*) utilizado foi: *osteogenesis imperfecta*. Os estudos obtidos por meio das estratégias de busca foram selecionados inicialmente pelos títulos e resumos, e aqueles considerados com potencial para inclusão foram analisados na íntegra. Os dados coletados dos estudos foram apresentados de forma narrativa.

Resultados

Resultados da busca

A busca resultou em 1.050 artigos no total, dos quais 7 foram incluídos na revisão.

Características dos estudos incluídos (Tabela 1)

Tabela 1- Características dos estudos incluídos

Autor e Ano do estudo	País do estudo	Desenho do estudo	Número de estudos incluídos ou de participantes	Principais Desfechos do estudo
-----------------------------	-------------------	----------------------	---	--------------------------------------

Forlino A,
Marini C;
2016EUA Revisão 140 estudos
óssea
descobertos; proposta de nova

classificação

O tratamento atual com bifosfonatos
têm efeito

Novos genes
importantes na
formação

Palomo T et al; 2017	Reino Unido	Revisão 49 estudos benéfico; manejo é cirúrgico e medicamentoso		
----------------------------	-------------	--	--	--

Forlino A et al; 2017	EUA	Revisão 243 estudos	Novos genes causadores de OI; a classificação da doença é clínica ou genética
Marom R, et al; 2020	EUA	Revisão 79 estudos	É preciso se atentar às manifestações extra-esqueléticas; novos tratamentos estão em ensaios clínicos
Rossi V et al; 2019	EUA	Revisão 56 estudos	Novas descobertas em etiologia e mecanismos
		Revisão 73 estudos	Manejo multidisciplinar é ideal;

Ralston S; 2020	Reino Unido		novas terapêuticas estão surgindo
Brizola E et al; 2017	Brasil	Estudo Retrospectivo	O número de fraturas variou entre 0 e 17; também foram observados escleras azuis, dentinogênese imperfeita e ossos wormianos
		76 participantes	

Discussão

Nos últimos anos, com a identificação de novos genes em pacientes portadores de OI, novos mecanismos da doença foram propostos. Sendo assim, além de variantes nos genes *COL1A1* e *COL1A2*, mutações em genes cujos produtos proteicos interagem com o colágeno na modificação pós-translacional ou dobramento da proteína, ou que prejudiquem a diferenciação dos osteoblastos nos processos de ossificação e mineralização são responsáveis pelo aparecimento da doença ^{1,3,5}.

A classificação de Sillence foi expandida, com base nas características clínicas distintas ou na causa genética ⁵; a classificação genética se estende até o tipo XX atualmente ⁴. Quanto aos critérios clínicos, são identificadas 5 formas: não deformante com esclera azul (tipo I), com morte perinatal (tipo II), progressivamente

deformante (tipo III), moderada (tipo IV), e com calcificação das membranas interósseas ou calo hipertrófico (tipo V) ⁴.

Um novo sistema de classificação busca satisfazer tanto os critérios clínicos como genéticos, dividindo os subtipos em 5 grupos, de acordo com os genes e mecanismos envolvidos ^{1,3,6}.

O diagnóstico de OI é baseado nos achados clínicos e radiológicos ^{1,7}. O teste genético ainda não é possível como exame de rotina em muitos países ³. A avaliação clínica mostrando fraturas com mínimo trauma, arqueamento de ossos longos e deficiência de crescimento são as principais características sugestivas da OI¹.

As fraturas podem ocorrer em locais atípicos, como nas vértebras ⁵. Presença de ossos wormianos, os ossos supranumerários entre as suturas e fontanelas do crânio, também são comuns ⁷. Os casos mais severos podem ter apresentação pré-natal, com detecção de fraturas e encurtamento dos ossos longos no ultrassom ⁵.

As formas leves de osteogênese imperfeita se confundem com osteoporose de início precoce nos adultos, ou de abuso infantil nas crianças. Uma densitometria por emissão de raios-x de dupla energia (DXA) ajuda o diagnóstico nesses casos. À análise radiográfica, podem ser observados arqueamento dos ossos longos, alargamento das metáfises, costelas gráceis, ápice torácico estreito, compressão vertebral e também osteopenia generalizada ¹.

Não há cura para OI e o tratamento é baseado na apresentação clínica dos sintomas, sendo multidisciplinar ^{3,5,6}. As formas leves requerem restrição de esportes; já nos casos moderados a graves são necessárias reabilitação física e intervenções ortopédicas. Para os casos severos, pode ser necessária a colocação de haste intramedular em fêmures e tíbias ².

A terapia medicamentosa de OI é atualmente baseada em fármacos que tratam a osteoporose ⁶. A terapia com bifosfonatos é a mais usada atualmente no tratamento de crianças com OI, mostrando melhora na massa e arquitetura ósseas, reduzindo as fraturas ⁵. Novas terapêuticas para a doença estão sendo testadas, com resultados satisfatórios ^{4,5,6}.

Conclusão

A Osteogênese Imperfeita é uma doença que afeta o tecido conjuntivo, prejudicando as vias do colágeno e comprometendo tanto o esqueleto como outros órgãos. O entendimento da etiologia genética da doença avançou muito nas últimas décadas, aprimorando a correlação genótipo-fenótipo dos diferentes tipos de OI.

Referências

1. Forlino A, Marini JC. Osteogenesis imperfecta. *Lancet*. 2016 Apr 16;387(10028):1657-71.
2. Palomo T, Vilaça T, Lazaretti-Castro M. Osteogenesis imperfecta: diagnosis and treatment. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2017 Dec;24(6):381-388.
3. Marini JC, Forlino A, Bächinger HP, Bishop NJ, Byers PH, Paepe A, Fassier F, Fratzi-Zelman N, Kozloff KM, Krakow D, Montpetit K, Semler O. Osteogenesis imperfecta. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Aug 18;3:17052.
4. Marom R, Rabenhorst BM, Morello R. Osteogenesis imperfecta: an update on clinical features and therapies. *Eur J Endocrinol*. 2020 Oct;183(4):R95-106
5. Rossi V, Lee B, Marom R. Osteogenesis imperfecta: advancements in genetics and treatment. *Curr Opin Pediatr*. 2019 Dec;31(6):708-715.
6. Ralston SH, Gaston MS. Management of Osteogenesis Imperfecta. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020 Feb 11;10:924.
7. Brizola E, Zambrano MB, Pinheiro BS, Vanz AP, Félix TM. Clinical features and patterns of fractures at the time of diagnosis of osteogenesis imperfecta in children. *Rev Paul Pediatr*. 2017 Apr-Jun;35(2):171-177.

Cefaleia em Salvas

Arnoni, Luísa Rodrigues¹

Pereira, Renata Santana¹

Fragoso, Yara Dadalti ^{1,2}

1. Graduandas do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos. 2. Departamento de Pós Graduação da Universidade Metropolitana de Santos.

Email para contato: luisa_arnoni@hotmail.com

Introdução: A Cefaleia em Salvas é classificada como uma cefaleia autonômica do nervo trigêmeo. Caracteriza-se por uma dor extremamente intensa, unilateral, geralmente na região temporal ou periorbital, envolvendo o ramo oftálmico do nervo trigêmeo. As crises ocorrem em episódios curtos e recorrentes, com duração de 30 a 180 minutos.¹ Associadamente aparecem sintomas concomitantes como olho avermelhado, lacrimejando, ptose palpebral, congestão nasal e sudorese daquele mesmo lado da face. Estes sintomas desaparecem quando a crise cessa. As crises podem se repetir até oito vezes em um mesmo dia, todos os dias, geralmente durante quatro a doze semanas, uma vez por ano.² Estas semanas de dor são conhecidas como “salvas”. Muitas pessoas são diagnosticadas e tratadas erroneamente pois tal enfermidade ainda é pouco conhecida.¹

É dividida em duas subcategorias, crônica e episódica. Sua fisiopatologia ainda não foi completamente compreendida pelos estudiosos da doença e entre seus diagnósticos diferenciais estão, enxaqueca, hemicrania paroxística, cefaleia do tipo e neuralgia.⁹ O tratamento inclui terapias abortivas, profiláticas e tratamentos a longo termo em pacientes com a cefaleia em salvas crônica. Tratamentos mais invasivos, incluindo a estimulação dos nervos e cirurgia podem ser úteis em casos que as outras estratégias foram inefetivas.

Relato de caso:

Paciente de 38 anos, sexo masculino, queixa-se de cefaleia intensa há três anos com períodos de remissão de 11 meses. Dor localizada na frente da cabeça e olho direito, irradiando para a têmpora direita e com sinais concomitantes no mesmo lado (lacrimejamento do olho e secreção nasal de coloração clara). As crises começaram há três anos, com frequência de quatro a cinco vezes ao dia, durante um mês, no mesmo horário com duração de até uma hora, quando começaram a diminuir progressivamente após um mês (menos de duas vezes ao dia com menor duração) até cessar, permanecendo 11 meses sem crises; na mesma época do ano seguinte as crises retornaram intensamente (quatro a cinco vezes por dia, seis dias por semana). A dor, novamente, cedeu espontaneamente e, com um ano de intervalo, retornou novamente na mesma época.

Exames de imagem: tomografia, eletroencefalograma, ressonância de crânio e hemograma, todos normais. A dor, novamente, cedeu espontaneamente e, com um ano de intervalo, retornou novamente na mesma época.

Exame físico normal, BRNF, ausculta pulmonar ndn, abdômen ndn, sem pontos dolorosos na cabeça ou pescoço. PA 125 x 70mmHg, P = 80bpm, FR = 16/min. Exame neurológico normal. Antecedentes pessoais: ndn. Antecedentes familiares: irmã mais nova tem enxaqueca, pai hipertenso.

Discussão:

O paciente apresentado neste relato preenche todos os critérios diagnósticos de Cefaleia em salvas episódica.¹

Critério de diagnóstico da Cefaleia em salvas:

- Pelo menos 5 ataques preenchendo os critérios B-D
- Dor severa ou muito severa unilateral orbital, supraorbital, e/ou temporal durando de 15 a 180 minutos (quando não tratada)
- Tanto a presença de um, quanto de ambos dos seguintes:
 - o Pelo menos um dos seguintes sintomas ou sinais, ipsilaterais à cefaleia
 - Injeção conjuntival e/ou lacrimejamento
 - Congestão nasal e/ou rinorréia

- Edema palpebral
- Sudorese facial
- Rubor facial
- Sensação de preenchimento nos ouvidos
- Miose e/ou ptose

o A sensação de inquietação ou agitação

- Ataques têm frequência de um dia sim, um não e oito vezes ao dia para mais de metade do tempo que o distúrbio está ativo.²

Cefaleia em salvas episódica:

Ataques de cefaleia em salvas ocorrendo em períodos de sete dias a um ano, separados por períodos assintomáticos durando pelo menos três meses sem tratamento preventivo

- Ataques preenchendo os critérios para cefaleia em salvas e ocorrendo em ataques (períodos de salvas)
- Pelo menos dois períodos de salvas durando de sete dias a um ano (quando não tratado) e separado por períodos de remissão sem dor de mais de três meses.²

Cefaleia em salvas crônica:

Ataques de Cefaleia em salvas ocorrendo por menos de um ano sem remissão, ou com remissão de períodos de menos de três meses sem tratamento preventivo. ²

É um caso típico de Cefaléia em Salvas episódica por se tratar de, homem, adulto jovem, com crises que aparecem em salvas e com intervalo de um ano entre elas. Também os sintomas trigêmino-autonômicos associados na hora da dor ajudam a fechar o diagnóstico.¹⁰

Não há necessidade de exames para confirmar este diagnóstico e o médico somente deve pedir exames se quiser descartar outra doença. A fisiopatologia é essencialmente neuroquímica e não detectável em exames laboratoriais ou de imagem.¹⁰

Pacientes com cefaleia em salvas episódica podem evoluir para uma forma crônica sendo de grande importância diagnosticar e tratar a condição álgica para evitar cronificação e melhorar a qualidade de vida do paciente.^{1,5,10} Educação médica contínua e alerta sobre a existência desta forma de Cefaleia primária com características próprias poderá evitar muito o sofrimento de pacientes.

Palavras chave: Cefaleia em salvas, dor, adulto, homem.

Referências:

1. [https://cefaleiaemsalvas.com.br/o-que-e-cefaleia/\(jun/2020\)](https://cefaleiaemsalvas.com.br/o-que-e-cefaleia/(jun/2020)).
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24(suppl 1):9-160.
3. van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, Ferrari MD; Dutch RUSSH Study Group. Evaluating the IHS criteria for cluster headache—a comparison between patients meeting all criteria and patients failing one criterion. *Cephalalgia*. 2006;26(3):241-245.
4. Rainero I, Rubino E, Valfrè W, et al. Association between the G1246A polymorphism of the hypocretin receptor 2 gene and cluster headache: a meta-analysis. *J Headache Pain*. 2007;8(3):152-156.
5. Weaver-Agostoni, J. Cluster headache; *Am Fam Phys*; 2013;88,122-128.
6. Francis GJ, Becker WJ, Pringsheim TM. Acute and preventive pharmacologic treatment of cluster headache. *Neurology*. 2010;75(5):463-473.
7. Tyagi A, Matharu M. Evidence base for the medical treatments used in cluster headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2009;13(2):168-178.
8. Jurgens TP, Schaefer C, May A. Treatment of cluster headache in pregnancy and lactation. *Cephalalgia*. 2009;29(4):391-400
9. Lai TH, Fuh JL, Wang SJ. Cranial autonomic symptoms in migraine: characteristics and comparison with cluster headache. *J Neurol*

Neurosurg Psych. 2009; 80(10):111 6-111 9.

10. Wei DY, Yuan Ong JJ, Goadsby PJ. Cluster Headache: Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Features, and Diagnosis. Ann Indian Acad Neurol. 2018;21(Suppl 1):S3-S8. Doi:10.4103/aian.AIAN 349 17.

Cuidados com Recém Nascidos Pré termo

Diliane Primo¹; Helena B. P. B. S. Sé¹; Luiza M. S. Brenga¹; Sofia F. C. Rangel¹; Vitória B. Mesquita¹; Dr. Geraldo M. N. Marques²; vimesquita99@gmail.com³

¹Acadêmicos de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos; ²Médico chefe do Serviço de Cirurgia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Santos, ³ e-mail para contato

Objetivo

Rever a literatura atual sobre cuidados ao recém-nascido pré-termo, enfocando na importância e nos resultados obtidos através do cuidado adequado.

Palavras – chave:

Recém-nascido; Pré-termo; Cuidados; Sepsis

Metodologia

Pesquisa eletrônica através do SciELO (*Scientific Eletronic Library onLine*), *Cochrane Library*, banco de dados MEDLINE, guias do Ministério da Saúde do Brasil e da WHO (*World Health Recommendations*). E artigos publicados referentes ao tema para o levantamento bibliográfico.

Resumo

.....

Objective

Review the current literature on preterm newborn care, focusing on the importance and results obtained through appropriate care

Key-words

Newborn; Preterm; Care; Sepsis.

Methodology

Electronic search through SciELO (Scientific Electronic Library onLine), Cochrane Library, Google Scholar, guides of the Ministry of Health of Brazil and WHO (World Health Recommendations). And published articles on the subject for bibliographic survey.

Resume

.....

Introdução

O termo “pré termo” designa os bebês que nascem antes das 37 semanas de gestação, segundo a OMS.¹ Esses recém-nascidos (RNs) exigem cuidados maiores por terem mais chances de apresentarem complicações.²

O Brasil está entre os 10 países que mais registram partos prematuros. Segundo o Ministério da Saúde, nascem cerca de 280 mil bebês pré-termo por ano (9,2%).³

A prevenção de infecções, nutrição e assistência respiratória adequadas e o método “mãe canguru”, são ações que podem evitar complicações.⁴

Discussão

Principais riscos ao RN pré-termo

A imaturidade pode levar à disfunção de qualquer órgão ou sistema.³ Entre eles podemos destacar: infecções virais, enterocolite necrosante, retinopatia da prematuridade, problemas ortopédicos, cardiopatias congênitas, problemas respiratórios, neurológicos, metabólicos e sequelas pulmonares.^{2,3}

É importante não só evitar a mortalidade dos RNPT, mas também assegurar a qualidade de vida.^{3,5}

Nutrição e prevenção de infecções

O aleitamento é crucial para o RN de baixo peso, auxiliando no amadurecimento intestinal.⁶ O início precoce diminui a incidência de infecção, enterocolite

necrosante e beneficia o neurodesenvolvimento.⁴

RNs muito doentes ou extremamente prematuros abaixo de 1kg, necessitam da introdução precoce de nutrição parenteral e/ou enteral para ganho de peso adequado e recuperação mais rápida.^{4,7} Ademais a suplementação com vitamina D, cálcio, fósforo e ferro para bebês com muito baixo peso e suplementação de vitamina K para bebês de baixo peso, é recomendada pela OMS.⁴

Medidas de prevenção são cruciais para evitar a disseminação de infecções. É preciso que todos que entrem em contato com os RNs sejam vacinados, não apresentem infecção aguda e utilizem técnicas assépticas adequadas.⁸

Em casos de bebês prematuros, o clampeamento tardio do cordão umbilical aumenta as reservas de ferro e diminui o risco de hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e sepse.⁹

Assistência respiratória

O desenvolvimento pulmonar fetal relaciona-se diretamente com a IG, portanto, os RNPT são mais susceptíveis a lesões pulmonares e a insuficiência respiratória.⁴

As medidas de suporte ventilatório incluem desde recursos simples, como o *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), administração de surfactante e corticoides, até a utilização de técnicas mais invasivas. O CPAP é uma opção não invasiva, que diminui as lesões pulmonares e a necessidade de ventilação mecânica invasiva.⁹ O Surfactante é administrado para RNPT na tentativa de substituir o surfactante natural que está ausente, principal causa de síndrome do desconforto respiratório (SDR).^{4,9} É recomendada a administração de corticoides para mulheres em risco de parto prematuro, de 24 a 34 semanas e o seu uso tem o objetivo de prevenir e modificar a evolução da SDR e otimizar os efeitos da terapia com surfactante.^{1,4}

É de grande importância o monitoramento de todos os bebês submetidos a oxigenação, devido as consequências da administração excessiva de O₂.⁹

“Método Mãe Canguru”

Mortes de RNPT podem ser evitadas com intervenções acessíveis que podem ser realizadas junto a família, como o método “Mãe Canguru”.¹⁰

De acordo com o MS, o MMC consiste no contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o RN de baixo peso, e tem se mostrado eficaz para o aumento de temperatura corporal, saturação periférica de O₂ e diminuição da FR.¹¹

Para a aplicação adequada a atuação da equipe de saúde é essencial, as equipes identificam famílias em risco para parto prematuro e iniciam o suporte psicológico e orientações do MMC antes do nascimento.¹¹

Conclusão

O cuidado com o RNPT é essencial, pois reflete em sua vida inteira. Ele tem grande risco de infecções por não ter sistema imunológico competente, e maior risco de sequelas.

O aleitamento é crucial para o RN por auxiliar seu desenvolvimento e reduzir riscos. E se necessário deve receber nutrição parenteral ou enteral para suplementação.

O suporte ventilatório também é um fator importante visto a maior suscetibilidade a lesões e má formações do RNPT. Associa-se ao uso de corticoides e surfactante para auxiliar no desenvolvimento pulmonar.

Um cuidado acessível e eficaz é o Método Mãe Canguru, que é o contato pele-a-pele do RN com a mãe, que mostra resultados positivos na saúde do bebê e na relação familiar.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. World Health Organization. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321160/pdf/Bookshelf_NBK321160.pdf
2. Silva AMR, de Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n10/2125-2138/>
3. Moura LRO. Os riscos da prematuridade para o desenvolvimento dos recém nascidos pré-termo e a importância da estimulação precoce na UTI neonatal. 2016 [acesso em 30 de outubro de 2020]. Disponível em <https://interfisio.com.br/os-riscos-da-prematuridade-para-o-desenvolvimento-dos-recem-nascidos-pre-termo-e-a-importancia-da-estimulacao-precoce-na-uti-neonatal/> World Health Organization. Conduta nos Problemas do Recém-

Nascido: Um guia para médicos, enfermeiros e parteiras. 1ª Edição. São Paulo: Editora Roca Ltda, 2006

4. Lawn, J.E., Davidge, R., Paul, V.K. et al. Born Too Soon: Care for the preterm baby. *Reprod Health* 10, S5 (2013). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-S1-S5>.
5. Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>
6. Widdowson EM, McCance RA. Some effects of accelerating growth. I. General somatic development. *Proc Roy Soc B*. 1960;152:188-206.
7. Oliveira AG, Siqueira PP, Abreu LC. Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2008;18(2):148-54.
8. Feferbaum R, Delgado AF, Vaz FAC. Nutrição parenteral prolongada em neonatologia. *Pediatr Mod*. 2000;36(Ed Esp):123-32.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Vol. 3; Brasília: Ministério da Saúde; 2011
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, método mãe-canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011
11. ALMEIDA, CM; ALMEIDA, AFN; e FORTI, EMP. Efeitos do Método mãe canguru nos sinais vitais de recém nascidos pré-termo de baixo peso. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, jan/fevereiro de 2007

Doença do Refluxo Gastroesofágico e seus Principais Achados Endoscópicos: Revisão Bibliográfica.

Giullia Carvalho Mangas Lopes¹, Bruna dos Santos Simões¹, Isadora de Campos Cassemiro¹, Isabela Hobeika Hatem¹, Laura Jesus Pedrosa Figueira¹, Ana Karla Gaburri²

e-mail do autor: giulliamangas@gmail.com

1- Acadêmica de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES); 2- Docente, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

1- INTRODUÇÃO

Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é definida pelo Consenso Internacional de Montreal (2006) como “condição que se desenvolve quando o refluxo do conteúdo do estômago provoca sintomas e/ou complicações”. Pode ocorrer várias vezes ao dia, especialmente depois de 30 a 60 minutos após refeições, principalmente copiosas, ou ricas em gordura e ácido.^{1,2} É uma das afecções mais frequentes na prática médica, sendo a patologia orgânica mais comum do tubo digestivo.³ No Brasil, um estudo nacional de base populacional mostrou uma prevalência de pelo menos 12% na população em geral, demonstrando a importância de seu estudo na prática clínica.⁴

Na fisiopatologia, existe um mecanismo facilitador para o refluxo, que é o relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago (EIE), podendo ocorrer quando há distensão do fundo gástrico por alimento ou gases.² Ademais, estão implicados também fatores como a hipotonia do EIE, sendo esta uma alteração na barreira anti-refluxo gastroesofágico, decorrente da hérnia hiatal por deslizamento, peristaltismo esofágico inapropriado, lesão da mucosa esofágica, obesidade, gravidez e uso de estrógenos.²

As principais manifestações clínicas, segundo a Federação Brasileira de Gastroenterologia, são a pirose e regurgitação ácida. Estas podem diferir-se quanto

a duração e frequência, sendo que ao apresentar tais sintomas ao menos duas vezes por semana, por quatro a oito semanas, já pode se caracterizar uma DRGE.³ Logo, seu diagnóstico é realizado pelo quadro clínico sugestivo, podendo ser seguido de exames subsidiários, incluindo a endoscopia digestiva alta (EDA).²

A EDA é o primeiro exame solicitado para avaliar a mucosa esofágica, permitindo, inclusive, realizar biópsias quando necessário. É realizada, principalmente, se tratando de casos crônicos de DRGE e na avaliação de pacientes com idade superior a 40 anos com sintomas de alarme (disfagia, perda de peso, hemorragia digestiva, náuseas, vômitos e história familiar de câncer).² Sua vantagem está na capacidade de identificar outras afecções do tubo digestivo superior, tais como úlceras pépticas, esofagite eosinofílica, neoplasia gástrica e hérnia hiatal.^{2,5}

2- OBJETIVOS E MÉTODOS

Relizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados SCIELO e MEDLINE (Pubmed), revisando na literatura os aspectos endoscópicos no diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico, ilustrando com imagens que demonstram alguns dos achados secundários a DRGE, tais como esofagites de refluxo (através da classificação de Los Angeles), Esôfago de Barrett e hérnia hiatal por deslizamento.⁶

3- DESENVOLVIMENTO

As imagens a seguir foram fornecidas pela Dra. Ana Karla Gaburri.

3.1 Hérnia Hiatal e Esofagite Erosiva Los Angeles Grau A

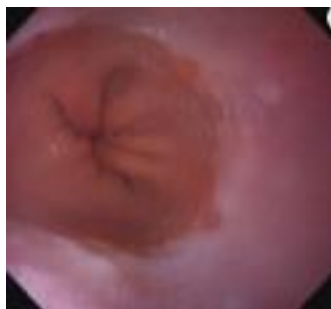


Figura 1 - Esofagite grau A de Los Angeles (LA) - Mucosa de terço distal evidenciando 2 erosões triangulares a partir da transição esôfago-gástrica (TEG), menores que 5 mm, não confluentes. TEG 2cm acima do pinçamento diafragmático

configurando hérnia hiatal por deslizamento de pequeno volume.

3.2 Esofagite Erosiva Los Angeles Grau B

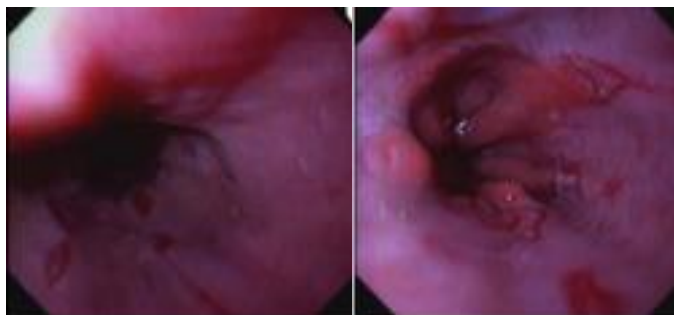


Figura 2 e 3 - Esofagite grau B de LA - Mucosa de terço distal evidenciando erosões a partir da TEG, diversas com fibrina, não confluentes, uma delas maior que 5mm.

3.3 Esofagite Erosiva Los Angeles Grau C



Figura 4 - Esofagite grau C de LA - Lesão localizada no terço distal do esôfago, mucosa apresenta erosões menores que 0,5 cm e confluentes em menos de 75% da circunferência do órgão.

3.4 Hérnia Hiatal e Esôfago de Barrett



Figura 5 - Projeção alaranjada a partir da TEG, medindo cerca de 8mm compatível

com Barrett curto. TEG 2cm acima do pinçamento diafragmático configurando hérnia hiatal por deslizamento de pequeno volume.

São lesões visíveis ao exame de imagem as erosões, úlceras, estenoses pépticas e esôfago de Barrett, como também o adenocarcinoma esofágico, consideradas consequências do refluxo gastroesofágico.⁷ Apesar de muitos pacientes não apresentarem quaisquer achados ao exame de imagem (chamados de “endoscopia negativa”), ainda assim, 40% dos portadores com a DRGE parecem apresentar diferentes graus de esofagite de refluxo, sendo a classificação de Los Angeles a mais utilizada para avaliar a intensidade dessa inflamação erosiva (tabela 1).⁵

O Esôfago de Barrett é caracterizado pela substituição do epitélio estratificado e escamoso do esôfago por epitélio colunar com células tipo intestinal - metaplasia intestinal. Tal achado é observado em cerca de 10 a 15% dos indivíduos com sintomas crônicos de refluxo, de importância diagnóstica por conta do potencial risco de desenvolvimento de adenocarcinoma. Vale ressaltar que quando menor que 3 cm, é chamado de “Barrett curto”, como no achado endoscópico ilustrado (figura 5), e apresenta menor risco de malignização.^{3,7}

5- CONCLUSÃO

O diagnóstico da DRGE é, geralmente, clínico, podendo ser complementado por exames subsidiários, principalmente pela endoscopia digestiva alta. Mesmo que estudos apontem a EDA com baixa sensibilidade^{1,3} para diagnosticar a doença do refluxo gastroesofágico, a mesma não deve ser descartada, pois permite uma visão ampla do trato digestivo alto e possibilita diagnosticar achados secundários, tais como esofagites de refluxo (através da classificação de Los Angeles), hérnia hiatal, Esôfago de Barrett,⁶ estenoses esofágicas e adenocarcinoma esofágico, além da possibilidade de diagnósticos diferenciais.

Segundo Nelson Adami *et al*, em seu estudo sobre a eficácia da EDA na DRGE, a endoscopia digestiva alta identificou esofagite de refluxo em 91,7% dos casos e hérnia hiatal em 88,6%, com elevada sensibilidade diagnóstica, o contrário do que a maior parte da literatura relata. Entretanto apresenta custo não desprezível e é um exame invasivo, devendo ser bem indicado. Por outro lado, permite a realização de biópsias

de áreas suspeitas entre outros procedimentos terapêuticos.⁶

6- REFERÊNCIAS

1. Ratin ACD, Orso IRB. Alterações endoscópicas mínimas na doença do refluxo não erosiva. ABCD, Arq Bras Cir Dig [Internet]. São paulo, 2015 [citado em 20 de out. 2020]; 28(1):20-3.
2. Henry, MACA. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. Arq Bras Cir Dig [Internet]. São Paulo, 2014 [citado em 15 de set. 2020]; 27(3):210-5.
3. Chinzon D, Rossini ARA, Kiburd B, Navarro-Rodrigues T, Barbuti RC, Hashimoto CL, Eisig JN, Moraes-Filho JPP; Federação Brasileira de Gastroenterologia. Refluxo. Gastroesofágico: Diagnóstico e Tratamento; 2003.
4. Moraes-Filho, JPP et al. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus. Arq Gastroenterol [Internet]. São Paulo, 2010 Mar [citado em 20 de out. 2020]; 47(1):99-115.
5. Fraga PL, Martins FDSC. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. Cadernos UniFOA [Internet]. 2012 [citado em 20 de out. 2020]; 18:93-99.
6. Andreollo NA, Lopes LR, Coelho Neto JS. Doença do refluxo gastroesofágico: qual a eficácia dos exames no diagnóstico?. ABCD, Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2010 [citado em 20 de out. 2020]; 23(1):6-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202010000100003>.
7. Moraes Filho JPP, Hashimoto CL. I Consenso Brasileiro de Doença do Refluxo Gastroesofágico [Internet]. Foz do Iguaçu, 2000 [citado em 20 de out. 2020]. Disponível em: http://www.fbg.org.br/Arquivos/consenso32_1W2R03.pdf .

ANEXOS

TABELA 1 - CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA DE LOS ANGELES	
GRAU	ACHADO
A	Uma ou mais erosões < 5mm
B	Uma ou mais erosões > 5mm em sua maior extensão, não contígua entre os ápices de suas pregas esofágicas
C	Erosões contínuas (ou convergentes) entre os ápices de pelo menos duas pregas, envolvendo menos do que 75% do órgão
D	Erosões ocupando pelo menos 75% da circunferência do órgão

Canabinóides no tratamento da Esclerose Múltipla - Relato de caso

RESUMO:

Autores: Catarina Alipio de Freitas¹; Fábio César Prosdócimi²; Gabriel Fernandes de Oliveira¹; Isabella Sanches dos Santos Borges¹; Thomas dos Reis Rodrigues¹.

Filiação:¹ Acadêmico (a) na Faculdade de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES). ² Professor Doutor Orientador pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

E-mail: catarinaalipio@gmail.com.

Introdução: A Esclerose Múltipla é uma doença com características desmielinizante e autoimune, em que ocorrem episódios de *deficits* neurológicos distintos que são atribuídos à região da substância branca acometida. É a doença desmielinizante mais comum, cuja qual as mulheres são duas vezes mais afetadas que os homens.

Objetivo: avaliar a qualidade do tratamento da Esclerose Múltipla através dos métodos não convencionais, visando minimizar os efeitos colaterais e regredir ao máximo arearção inflamatória causada pela doença, além analisar um efeito neuroprotetor dos receptores do sistema endocanabinoide do organismo.

Relato de caso: no presente estudo, apresentamos o caso de um paciente do gênero masculino, 32 anos de idade diagnosticado com quadro de EM Remitente-Recorrente desde 2003, no qual apresentava surtos clínicos da doença de base, como incoordenação, desequilíbrio, diminuição da força e da sensibilidade no hemicorpo esquerdo, mesmo emulo de diversas medicações imunossupressoras e anti-inflamatórias. Devido aos recorrentes surtos da doença, teve sua deambulação

prejudicada, necessitando de apoio bilateral para caminhar pequenas distâncias. O paciente iniciou o tratamento por derivados da *Cannabis Sativa* (tetrahydrocannabinol e canabidiol) em spray oral para melhora da marcha. Paciente apresentou resultados benéficos após 14 dias do início do tratamento, com melhora da marcha e caminhada sem ajuda ou descanso.

Discussão: embora as inúmeras polêmicas e aversões ao tratamento por CBD e THC, o paciente em questão apresentou resultados benéficos em uso da terapia, com alívio de sintomas e recuperação da marcha em poucos dias.

Palavras-chaves: Esclerose Múltipla, canabinóides, tratamento.

Referências:

1. Lobato De Oliveira EM, Amorim De Souza N. Esclerose Múltipla INTRODUÇÃO E HISTÓRICO. Rev Neurociências. 1998;6(3):114–8.
2. Machado S. Recomendações esclerose múltipla. omnifarma [Internet]. 2012;112. Available from: https://neurologiahu.paginas.ufsc.br/files/2012/08/Manual-de-recomendações-da-ABN-e_m-Esclerose-Múltipla-2012.pdf.
3. Gontijo ÉC, Castro GL, Petito AD de C, Petito G. Canabidiol E Suas Aplicações Terapêuticas. Rev Eletrônica da Fac Ceres. 2016;5(1).
4. Melina L, Cecchini AL. Imunopatologia da Esclerose Múltipla Immunopathology of Multiple Sclerosis. Biosaúde. 2006;8(2):125–44.

A Ação do Antígeno Leucocitário Humano (HLA) na rejeição dos transplantes de órgãos: uma revisão da literatura

KAMILLA MAYR MARTINS SÁ

LUIS FELIPE DE SYLLOS PRADO

JULYA MARGIT JANICSEK WOLFF DICK

MARIANA TIEMI KISHIDA NAKATA

BRUNA CAROLINA RAMOS HUIDOBRO

Alunos da Graduação do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

Orientação: Dr Niklas Söderberg Campos

Médico Intensivista Preceptor da Liga Acadêmica de Transplante de Órgãos

Medicina Unimes - LATO-Unimes

E-mail contato: kamillamm@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos alogênicos, pode resultar em rejeição. Os principais alvos de rejeição são as MHC (moléculas de histocompatibilidade) chamadas de HLA (antígeno leucocitário humano) capazes de ativar o sistema imune por uma via direta ou indireta, que se relacionam com linfócitos T CD4 e CD8.

Os mecanismos de rejeição se apresentam de 3 formas: a hiperaguda que está relacionada aos antígenos da MHC e gera trombose dos vasos, aguda que apresenta células T alorreativas e anticorpos, gerando danos à parede do vaso sanguíneo e morte celular e a crônica ocasiona inflamação mediadas por células T e citocinas,

tendo como resposta fibrose e estenose arterial.

Todo processo de rejeição, faz parecer inviável o processo do transplante, entretanto, existem métodos preventivos e terapêuticos através da imunossupressão do receptor, minimizando a imunogenicidade do enxerto. Essa imunossupressão é direcionada as respostas das células T, grandes mediadoras de HLAs estranhos.

OBJETIVOS

Realizar uma busca na literatura visando descrever o mecanismo de rejeição dos transplantes de órgãos através de respostas mediadas por HLA e linfócitos T.

METODOLOGIA

Foi realizada uma busca nas bases de dados MEDLINE(Via Pubmed), Cochrane Library e LILACS. Foram encontrados 669 artigos e destes selecionados somente ensaios clínicos, ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, restando 17 artigos, dos quais 9 foram excluídos.

RESULTADOS

O estudo **COORTE Wittenbrink N. et al (2019)**, avaliou o melhor padrão de detecção pré-transplante para risco de rejeição, realizou uma análise com 772 pacientes, realizando medição de HLA e anti-HL. Conclui-se que o HLA SAB é um padrão eficiente para calcular risco de rejeição, e que HLA 1 é ativador do sistema complemento.

A revisão **Rudolph N. et al (2016)**, com objetivo de determinar se o HLA tinha efeito sobre os resultados pós-transplante em transplante de pâncreas, foi feita análise de todos os transplantes de pâncreas na Universidade de Minnesota, de 1998-2015. Os receptores tiveram uma redução de aproximadamente 50% na rejeição aguda. Conclui-se que as variantes de HLA implicam significativamente na rejeição.

O ensaio clínico **Muro M. et al (2012)**, com objetivo de avaliar a relação de rejeição de HLA A nos transplantes de fígado, com 342 transplantes consecutivos de fígado.

Aos resultados, a rejeição aguda(RA) precoce foi histologicamente comprovada em 77 no geral Conclui-se que há uma correlação entre HLA incompatíveis e um melhor resultado do transplante de fígado.

O estudo **Matinlauri H.et al (2004)** , um ensaio clínico randomizado, sobre o risco imunológico utilizando HLA classe I e II em transplantes de rim. Em 1999-2001, 155 adultos receptores cadavérico-renais com média de idade 46,9 anos. Como resultados,a frequência global de rejeições foi de 14,8%. Conclui-se que a fraca aloresposta humoral pós transplante e a rara conversão do teste FCXM para positivo, foram os achados gerais.

O ensaio clínico **Itescu S.et al (1998)**, sediu objetivo em identificar a presença de anticorpos linfotóxicos sobre as células HLA.Foram utilizados 68 pacientes com anti-HLA, idade entre 17 a 67 anos, foi utilizada 3 terapias de imunossupressão padrão (ciclosporina, esteroides, e azatioprina) e as biópsias endomiocárdicas (EMB)..Conclui-Se que a presença de anticorpos IgG anti-HLA classe II é um dos principais fatores de risco para rejeição pós transplante.

O estudo prospectivo e randomizado **Berney T. et al (2005)**, avalia o potencial efetivo de compatibilidade de HLA em transplante de pâncreas-rim (SPK). Foram comparados pacientes com 0-3 HLA compatíveis (n=45) e 4-6 HLA incompatíveis (n =135).A sobrevida sem rejeição foi maior no grupo 0-3.O estudo mostrou que o HLA compatível está relacionado com sobrevida do enxerto prolongada, propiciando a menor taxa de rejeição.

O ensaio clínico **Pouteil-Noble C. et al (1991)** analisa a relação de transfusões de sangue e a presença de anti-HLA.Conclui-se, que transfusão de plaquetas não gera imunização humoral primária, já a resposta humoral secundária acontece somente em pacientes previamente expostos ao antígeno HLA.

O estudo **Ouwehand A.(1993)** com objetivo de analisar a reação de imunossupressão utilizando anticorpos antilinfocitários como OKT3 e H-ALG (globulina antilinfocitária de cavalo), analisou biópsia de 92 transplantes cardíacos de 1988-1991. Conclui-se que essa terapêutica elimina células T aloimunes dos

pacientes e também pode inibir temporariamente a função de memória do sistema imune, e que CD4 é importante na rejeição.

CONCLUSÃO

O HLA apresenta relação direta com a rejeição de órgãos transplantados. Através de suas variáveis e seus vários locus gênicos, em todos os artigos analisados, o HLA foi colocado em prova por diversos parâmetros em todos foram apresentados que ambos, HLA classe I e II, induziram resposta imune rejeitando o aloenxerto, podendo servir para cálculo de risco de rejeição pré transplante, levando a profilaxia de imunossupressão melhor direcionada.

REFERÊNCIAS

1. Abbas, A.K.; LICHTMAN, A.H.; PILLAI, S. H. I. V. *Imunologia celular e molecular*. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
2. Wittenbrink N., Herrmann S., Blazquez-Navarro A. , Bauer C. , Lindberg E., Wolk K., Sabat R. et al. A novel approach reveals that HLA class 1 single antigen bead-signatures provide a means of high-accuracy pre-transplant risk assessment of acute cellular rejection in renal transplantation. Ed. 1, v.20, p. 11. Berlim: BMC Immunology; 2019.
3. Rudolph E. N., Dunn T. B., Mauer D., Noreen H., Sutherland D. E. R., Kandaswamy R. et al. HLA-A, -B, -C, -DR, and -DQ Matching in Pancreas Transplantation: Effect on Graft Rejection and Survival .Ed. 8, v.16, p.2401-12. Minneapolis: American Journal Of Transplantation: ; 2016.
4. Muro M, López-Álvarez MR, Campillo JA, Marin L, Moya-Quiles MR, Bolarín JM, et al. Influence of human leukocyte antigen mismatching on rejection development and allograft survival in liver transplantation: Is the relevance of HLA-A locus matching being underestimated? Ed.3, v.26, p.88-93. Murcia: Transplant Immunology; 2012.
5. Matinlauri H., Kyllönen E., Eklund H., et al. Weak Humoral Posttransplant Alloresponse after a Well-HLA-Matched Cadaveric Kidney Transplantation. Ed.2, v.20, p. 1998-204. Helsinki: Transplantation; 2004.
6. Itescu S, Tung TC, Burke EM, et al. Preformed IgG Antibodies Against Major Histocompatibility Complex Class II Antigens Are Major Risk Factors for High-

grade Cellular Rejection in Recipients of Heart Transplantation. Circulation.Ed.8,v.98,p.786-793.Nova York:Circulation,1998.

7. Berney T, Malaise J, Morel P, Toso C, Demuylder-Mischler S, Majno P, et. al. Impact of HLA matching on the outcome of simultaneous pancreas-kidney transplantation. Nephrol Dial Transplant.Ed.2, v.20, p.48-53.Genebra:Nephrology, dialysis,transplantation;2005.
8. Pouteil-Noble C., Betuel H., Raffaele P., Robert F., Dubernard J., Touraine J. et al. The value of platelet transfusions as preparation for kidney transplantation. Ed 4, v.51, p. 777-781.Liãõ:Transplantation; 1991.
9. Ouwehand A. , Baan C., Groeneveld K., Balk A. ,Jutte N. , Bos E. et al. Altered specificity of alloreactive cardiac graft-infiltrating cells by prophylactic treatment with OKT3 or horse antilymphocyte globulin. Ed 1,v.55, p.154-158. Rotterdam:Transplantation;1993.

Palavras-chave:transplante de órgãos;rejeição de enxerto;antígenos de histocompatibilidade classe I e classe II

Doenças de Creutzfeldt-Jakob: relato de caso

Autores: Amanda Medeiros de Lucena¹, Bianca Angerami de Souza Albero¹, Eduarda Mendes Prado Macedo¹, Fernanda Stoffel Covolan¹, Iane Rocha Holanda¹, Lucas Veiga Guimarães¹, Fábio César Prosdócimi², Joseph Brooks².

1 Graduando de Medicina. Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

2 Professor da Graduação de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

Email: fernandascovolan@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

A doença de Creutzfeldt-Jakob é uma desordem neurodegenerativa de rápida progressão e invariavelmente fatal, cuja etiologia, acredita-se, ser devida a um isômero anormal de uma glicoproteína conhecida como proteína do príon (PrP). A DCJ caracteriza-se por uma encefalopatia em que predominam demência, mioclonias, sinais piramidais, extrapiramidais e cerebelares, com óbito ocorrendo geralmente após um ano do início dos sintomas e afetando faixas etárias mais elevadas. A DCJ é classificada como uma encefalopatia espongiforme transmissível juntamente com outras doenças que ocorrem em humanos e animais (GAMBETTI, 2017).

A DCJ pode ser classificada como esporádica, familiar ou adquirida. A esporádica é a forma mais comum e nenhuma causa é conhecida. A familiar é resultado de uma mutação no gene para PrPC, que faz com que a proteína PrPC normal se transforme em príon causador da doença. Geralmente é herdada e começa em uma idade precoce, durando mais que a DCJ esporádica. A adquirida pode resultar da ingestão

de carne ou produtos derivados de gado que tenham encefalopatia espongiforme bovina (chamada DCJ variante) ou submissão a certos procedimentos médicos quando materiais ou instrumentos contaminados foram usados inadvertidamente (chamado DCJ iatrogênica) (GAMBETTI; KONG; ZOU; et al, 2003, p. 213-239) (RITCHIE; BARRIA; PEDEN; et al, 2016) (JAUNMUKTANE; MEAD; ELLIS; et al, 2015, p.247-250).

Os primeiros sintomas mais comuns de DCJ são perda de memória e confusão e podem assemelhar-se aos de outras demências, como a doença de Alzheimer. Em pessoas com DCJv, os primeiros sintomas tendem a ser psiquiátricos (como ansiedade ou depressão), em vez de perda de memória (CVESES/SP, 2003).

Independentemente de os sintomas se desenvolverem gradual ou abruptamente, a função mental continua a se deteriorar, geralmente causando sintomas, tais como negligência da higiene pessoal, indiferença e irritabilidade. Algumas pessoas se cansam facilmente e ficam sonolentas.

Os músculos de portadores da DCJ geralmente sofrem mioclonia durante os primeiros seis meses depois que começam os sintomas. Os movimentos tornam-se lentos e a deterioração do controle muscular provoca posturas anômalas, como contorções do tronco ou dos membros para a frente e para os lados. Os músculos sofrem espasmos quando são distendidos. Além disso, algumas pessoas têm alucinações, convulsões e a visão pode tornar-se turva ou pouco clara. Em geral, os músculos que controlam a respiração e a tosse são afetados, o que aumenta o risco de uma pneumonia.

Os exames mais comuns para o Diagnóstico da Doença são a Ressonância magnética em difusão e Marcadores de LCR, que é o exame de Líquor cerebral (FOUTZ; APPLEBY; HAMLIN; et al, 2017, p.79-92).

Outras doenças imitam a DCJ, como a Vasculite no SNC, Doença de Alzheimer, Linfoma intravascular, entre outros. Por isso, ela deve ser considerada em pacientes idosos com demência progressiva rápida acompanhada por mioclonia ou ataxia. Em caso de pacientes jovens, suspeita-se quando foram expostos a carne contaminada por prion ou com histórico familiar de DCJ.

Percebe-se que é essencial evitar a disseminação da DCJ adquirida, tendo que

adotar as seguintes condutas: usar luvas, máscaras faciais, métodos rigorosos de desinfecção de materiais ao manusear líquidos e tecidos de pessoas infectadas ou possivelmente infectadas. Além disso, é importante necessário realizar inspeções periódicas do gado para detectar encefalopatia espongiforme bovina (doença da vaca louca) e abater o gado infectado (GAMBETTI, 2017).

Por fim, nota-se que não existe nenhum tratamento eficaz para doença de Creutzfeldt-Jakob, entretanto, podem ser administrados determinados medicamentos para aliviar os sintomas (espasmos musculares e ansiedade).

Palavra-chave: 1. Desordem 2. Neurodegenerativa 3. Creutzfeldt-Jakob 4. Síndrome 5. Fatal.

2. OBJETIVO PRIMÁRIO

Relatar um caso de Síndrome Creutzfeldt-Jakob.

3. METODOLOGIA PROPOSTA

Foi realizada uma análise observacional retrospectiva de um paciente com a síndrome Creutzfeldt-Jakob. Também foi feita a revisão literária. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos sob número CAAE: 35566620.5.0000.5509.

4. RELATO DE CASO

O presente caso refere-se a um paciente do gênero masculino, 71 anos, caucasiano, natural e procedente de Santos SP, contabilista aposentado, casado. O paciente apresentou-se quando houve a instalação subaguda de alteração comportamental associado a mioclonia e alteração de coordenação. Além disso, após 3 semanas do início dos sintomas surgiu afasia de expressão, incoordenação cerebelar e também estavam presentes espasticidade nos quatro membros.

Exames complementares: Líquor com presença da proteína 14-3-3. Eletroencefalograma que mostrou ondas periódicas trifásicas 2 Hz. Ressonância magnética de crânio evidenciou hipersinal espontâneo T2 Flair em córtex temporo

occipital bilateral. Após 4 meses do início dos sintomas o paciente faleceu. O estudo anatômico patológico foi realizado com a presença de inclusões espongiiformes e perda neuronal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho, relatou-se um caso de Creutzfeldt-Jakob, analisando sua evolução no paciente que, nesse caso, morreu 4 meses após o início dos sintomas. O objetivo foi atingido, uma vez que foi relatado o caso da doença. Em suma, é importante ressaltar a relevância de ter o conhecimento da doença de Creutzfeldt- Jakob, por ser ainda muito desconhecida na área de estudo da medicina. Por esse motivo, e com a intenção de pesquisar e conhecer mais sobre essa doença, há uma grande possibilidade de continuação desse trabalho, com objetivo de analisar mais casos e suas devidas evoluções para, assim, conseguir ter um maior repertório sobre o assunto, na área acadêmica.

REFERÊNCIAS

1. Foutz A, Appleby BS, Hamlin C, et al. Diagnostic and prognostic value of human prion detection in cerebrospinal fluid. *Annals of Neurology* [Internet]. 2017 Jan 22 [cited 2020 Apr 5];79-92. DOI 10.1002/ana.24833. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27893164/>.
2. Gambetti P. Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ): Encefalopatia espongiiforme aguda [Internet]. [place unknown]; 2018 Dec 01 [cited 2020 Apr 5]. Available from: https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbiops-neurol%C3%B3gic_os/doen%C3%A7as-pri%C3%B4nicas/doen%C3%A7a-de-creutzfeldt-jakob-dcj?query=encefalopatia%20espongiiforme%20subaguda.
3. Gambetti P, Kong Q, Zou W, Parchi P, Chen SG. CJD esporádica e familiar: classificação e caracterização. *British Medical Bulletin* [Internet]. 2003 Jun 01 [cited 2020 Apr 5];66:213-239. DOI <https://doi.org/10.1093/bmb/66.1.213>. Available from: <https://academic.oup.com/bmb/article/66/1/213/284818>.
4. Jaunmuktane Z, Mead S, Ellis M, et al. Evidence for human transmission of amyloid-b pathology and cerebral amyloid angiopathy. *Nature* [Internet]. 2015 Sep 10 [cited 2020 Apr 5];525:247-250. DOI:10.1038/nature15369. Available from: <https://www.nature.com/articles/nature15369>.

5. Manual das Doenças Transmitidas por Alimentos: Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) e sua variante (vDCJ) [Internet]. [place unknown]; 2003 [cited 2020 Mar 31]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-devigilanciaepidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-transmitidas-por-agua-e-alimentos/doc/proteinas/infnet_dcj.pdf.
6. Ritchie DL, Barria MA, Peden AH, Yull HM, Kirkpatrick J, Adlard P, Ironside JW, Head MW. UK Iatrogenic Creutzfeldt-Jakob disease: investigating human prion transmission across genotypic barriers using human tissue-based and molecular approaches. *Acta Neuropathol* [Internet]. 2016 Nov 03 [cited 2020 Aug 6]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5348565/>.

Avaliação da automedicação com espironolactona no tratamento da acne em mulheres adultas

Autores: Julliana Ferreira Camara ¹, Isabella Traldi Wintruff¹, Edgar Maquigussa ²

1. Discente do curso de Medicina da UNIMES, 2. Docente do curso de Medicina e Orientador do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde e Meio Ambiente da UNIMES.

Palavras-chave: Acne; espironolactona; antiandrogênico; mulheres

Introdução

A acne é uma doença que afeta cerca de 85% da população entre 12 a 25 anos nos Estados Unidos ^[1,2,3]. Ela acomete principalmente adolescentes, porém, indivíduos acima de 35 anos também podem sofrer com a pele acneica, representando um percentil de 26% para as mulheres. Dessa forma, observa-se uma qualidade de vida severamente afetada por esse distúrbio, principalmente em mulheres ^[2].

Nas mulheres, a acne geralmente ocorre após a adrenarca, fase na qual os níveis de androgênio e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1), mediadores na produção de sebo, estão aumentados ^[4]. Nesse período, as bactérias anaeróbicas, principalmente a *Propionibacterium acnes*, se proliferam nos poros dos folículos pilossebáceos e estimulam a proliferação anormal de queratinócitos ^[4,5,6].

O tratamento inicial da acne é realizado através da prescrição de medicamentos tópicos ou orais (retinóides, anti-inflamatórios e antibióticos). Entretanto, há mulheres cujos sintomas não respondem a estas terapias e, por isso, é recomendado o uso de

contraceptivos hormonais combinados e, em certos casos, junto com a espironolactona [2]. Estudos indicam que mulheres na pós-adolescência são mais resistentes aos tratamentos convencionais, em torno de 80% dos casos. Nesse sentido, a espironolactona está sendo utilizada como um tratamento secundário [7].

A espironolactona é predominantemente usada na prática clínica como um diurético poupador de potássio, pois ela é um antagonista específico da aldosterona, causando inibição dos transportadores de sódio e potássio do túbulo renal. Entretanto, esse fármaco vem sendo utilizado “*off-label*” desde 1980 para o tratamento de acne. Além do efeito sobre a aldosterona, a espironolactona possui um potente caráter antiandrogênico, diminuindo a produção de testosterona e inibindo, competitivamente, a ligação da testosterona e di-hidrotestosterona aos receptores androgênicos na pele [8, 9]. O estudo realizado por Muhlemann et al. [10] com o uso de espironolactona oral para tratamento de acne, na dosagem de 200 mg por dia, obteve eficácia, inclusive quando comparado ao placebo. O que vem sendo observado nos últimos anos é um aumento no uso da espironolactona para o tratamento de acne, devido ao fácil acesso a esse medicamento na farmácia, não necessitando de prescrição médica.

A parcela de mulheres adultas que sofre com acne e não apresenta resposta à maioria dos tratamentos pode levar a uma tendência a prática da automedicação. Esse fato ocorre pois o tratamento da acne muitas vezes é demorado e de melhora lenta, desestimulando muitas pacientes. Com isso, elas acabam descontinuando o tratamento e buscando outras alternativas [11].

Objetivo

Avaliar a incidência da automedicação, através do uso da espironolactona, no tratamento da acne em mulheres adultas.

Metodologia

O projeto envolve um estudo transversal retrospectivo descritivo, com análise quantitativa dos dados coletados, através da aplicação de um questionário sobre dados socioeconômicos e relacionados com a incidência e os tratamentos utilizados

para o tratamento da acne.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CAAE: 34197820.9.0000.5509. Os participantes que concordaram em responder aos questionários voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi aplicado entre os meses de Julho e Agosto de 2020. Os questionários foram respondidos através do preenchimento por via online na plataforma Google Forms, disponibilizado em redes sociais. Os dados obtidos foram inseridos em planilha eletrônica, tabulados e avaliados em relação à amostra populacional em seu conjunto. Foram incluídos sujeitos do sexo feminino, com idade mínima de 18 anos e que concordaram com a pesquisa assinando o TCLE.

Foi realizada a análise descritiva exploratória de todas as variáveis utilizadas no estudo e as frequências relativas. Essas análises foram realizadas por um programa estatístico IBM SPASS®. Primeiramente, será realizada uma análise univariada avaliando todas as variáveis contidas no questionário. Na análise multivariada será considerado o nível de significância de 5%.

Resultados preliminares

O questionário foi respondido por 756 voluntários, sendo que 82 respostas foram excluídas por duplicidade ou por não concordarem com o TCLE. A queixa de acne foi apresentada por 79% (535) das respostas. Dentre os diversos medicamentos utilizados por essas voluntárias, 40,6% fizeram o uso do medicamento espironolactona para o tratamento da acne. Entretanto, dessa parcela, apenas 10,1% utilizaram a espironolactona como primeira opção de tratamento.

Entre as mulheres que utilizaram a espironolactona, 31,8% relataram benefícios após o uso do medicamento, sendo que 29,2% apresentaram algum efeito colateral.

A espironolactona foi prescrita por um médico para 94% das mulheres, somente 6% tiveram indicação de um não-médico. Destas mulheres que utilizaram espironolactona, 38,5% indicariam o medicamento para amigas, sendo que 11,7% já indicaram para outras mulheres.

Discussão

A acne é uma queixa muito comum na população brasileira, e entre as mulheres a queixa atinge desde jovens a adultas. Como observado nos resultados, a queixa de acne ocorreu em aproximadamente 80% das mulheres. Apesar de existir uma grande quantidade de classes de medicamentos para a acne, a eficácia do melhor tratamento depende de diversos fatores, entre eles: forma clínica da acne, gravidade da doença, desejo de gestação e aderência ao tratamento. Os resultados indicam que as mulheres já utilizaram diferentes classes de medicamentos, refletindo o difícil tratamento da doença. Além disso, o tratamento da acne é lento, o que acaba desestimulando a continuidade do tratamento, por isso, a necessidade de novos tratamentos.

A espironolactona foi utilizada em 40,6% das mulheres que já realizaram algum tipo de tratamento para a acne. O número de mulheres que utilizaram esse medicamento foi alto, uma vez que o tratamento da acne não é a principal indicação da espironolactona. Apesar desse medicamento ser isento de prescrição, a grande maioria das mulheres (94%) utilizaram a espironolactona após consulta com médico especialista. Esse resultado indica que o uso desse medicamento não ocorreu através de automedicação, entretanto, dentre essas mulheres que já utilizaram a espironolactona, uma parcela grande (38,5%) indicaria esse medicamento para outra pessoa.

Conclusão parcial

A espironolactona tem sido muito utilizada para o tratamento da acne em mulheres adultas, entretanto, devido aos efeitos benéficos do medicamento e de sua fácil aquisição, pode ocorrer um aumento na prática de automedicação.

Referências

1. Tan JK, Li Y, Fung K, Gupta AK, Thomas DR, Sapra S, et al. Divergence of demographic factors associated with clinical severity compared with quality of life impact in acne. *J Cutan Med Surg.* 2008;12:235–42.
2. Zaenglein, AL, et al. Acne Vulgaris. *New England Journal of Medicine,* 2018; 379(14):1343-1352.
3. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY., et al.

The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999;140:672-676.

4. Bergfeld WF, et al. The pathophysiology of acne vulgaris in children and adolescents. Part 1. *Cutis*. 2004;74:92–7.
5. Khondker L, Khan SI, et al. Acne vulgaris related to androgens: a review. *Mymensingh Med J*. 2014;23:181–5.
6. Kistowska M, Meier B, Proust T, Feldmeyer L, Cozzio A, Kuendig T, et al. *Propionibacterium acnes* promotes Th17 and Th17/Th1 responses in acne patients. *J Invest Dermatol*. 2015;135:110–8.
7. Grandhi R, Alikhan A, et al. Spironolactone for the Treatment of Acne: A 4-Year Retrospective Study. *Dermatology*. 2017;233:141-144.
8. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74:1-62.
9. Layton, AM, Eady, EA, Whitehouse, H, et al. Oral Spironolactone for Acne Vulgaris in Adult Females: A Hybrid Systematic Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017;18:169.
10. Muhlemann MF, Carter GD, Cream JJ, Wise P, et al. Oral spironolactone: an effective treatment for acne vulgaris in women. *Br J Dermatol*. 1986;115:227–32.
11. Ruiz, M. E., et al. Risks of Self-Medication Practices. *Current drug safety*. 2010;5. 315-23.

SÍNDROME NEURO-BEHÇET: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

RELATO DE CASO

BARROS VL¹, BOMFIM LGP¹, TEIXEIRA VP²

1-Acadêmico(a) do curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES.

2-Professor Doutor do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES.

Email: vinibarro90@yahoo.com

1. Introdução

A Síndrome de Behçet (SB) é uma doença multissistêmica crônica que acomete mucosa oral e genital, olhos, articulações, vasos sanguíneos, Sistema Nervoso Central e Trato Gastrointestinal².

A sintomatologia ocorre entre a segunda e a quarta década de vida² e homens e mulheres são acometidos da mesma maneira, todavia nota-se que homens asiáticos jovens possuem maior risco para manifestações graves da doença^{3,4}.

A patogênese da SB é desconhecida^{1,3}, porém acredita-se que tenha origem

multifatorial. Tal doença é ocasionada por um processo autoimune, associada ao HLA B51¹, desencadeada por um agente infeccioso ou ambiental, em uma região suscetível geneticamente^{3,4}.

Como a SB não possui achados clínicos ou laboratoriais específicos, foram criados, segundo Barnes e Yazici⁴, critérios de diagnóstico classificados em “maiores” ou principais que são: úlcera oral recorrente, úlcera genital, lesões cutâneas e doença inflamatória ocular; e “menores”: artralgia ou artrites, lesões neurológicas, vasculares, gastrointestinais, cardíacas, pleuropulmonares e epididimite. Assim, considera-se doença completa quando 4 critérios principais estão presentes. Incompleta, quando há 3 características principais, 2 principais e 2 menores, ou com sintomatologia ocular recorrente associado à 1 característica maior ou 2 menores. Suspeita-se da doença quando o paciente apresenta 1 ou 2 características maiores^{3,4,5}.

O tratamento da SB tem o objetivo de aliviar os sinais e sintomas, diminuindo rapidamente a inflamação, reduzindo assim a severidade e as complicações da doença. A EULAR (European League Against Rheumatism) recomenda diferentes tratamentos de acordo com o órgão(s) afetado(s) e a gravidade³.

2. Relato de Caso

Paciente de 36 anos, sexo masculino, negro, solteiro, natural e procedente de Cubatão, nível superior completo em Educação Física.

Foi encaminhado para um Serviço de Neurologia, com história de que, há 15 dias, iniciou quadro de alterações cognitivas, com dificuldade para dirigir e escrever, além de não se lembrar que iria se casar em dois meses.

O paciente foi internado por haver uma queda no estado geral; febre; ptose palpebral, oftalmoparesia, paralisia do terceiro nervo craniano à esquerda e midríase. No exame físico apresentava úlceras orais e genitais com fundo de aspecto esbranquiçado e bordas elevadas.

Durante toda a internação, mantinha as alterações cognitivas com dificuldade na

realização de algumas atividades habituais (tais como cuidados pessoais, jogo de cartas), apresentou alteração de memória e distúrbio de comportamento, alternando períodos de apatia, compulsão por doces e agressividade.

Havia déficit cognitivo confirmado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), no valor de 23 pontos, no qual, pelo seu nível de escolaridade, deveria ser igual ou superior a 29 pontos.

Os exames laboratoriais revelaram velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada (90 mm na primeira hora). Hemograma, ionograma, VDRL e as provas reumatológicas estavam normais.

A Tomografia Computadorizada não apresentou alteração e a Ressonância Magnética de crânio evidenciou na sequência Flair axial e sagital ponderada em T2, hiperintensidade de sinal, acometendo cápsulas internas e núcleos pálidos de ambos os lados, bem como tálamo esquerdo. O exame de líquido (LCR) revelou pleocitose linfocitária (40 céls., 96% linfomonócitos, 3% neutrófilos e 1% eosinófilos) e hiperproteínoorraquia (70 mg%).

A avaliação microbiológica do LCR foi negativa e o teste de Patergia foi positivo. A biópsia da lesão genital revelou ulceração recoberta por crosta hemática e permeada por neutrófilos, sugestiva de SB.

Na derme, notou-se infiltrado inflamatório neutrofílico e linfocitário, denso, permeando paredes vasculares.

O paciente foi transferido para o serviço de reumatologia, após a realização de pulsoterapia com corticoides. Lá, relatou diminuição da acuidade visual em olho direito. Na avaliação oftalmológica, havia sinais de uveíte. Acuidade visual 20/200 em OD e 20/20 em OE. Na periferia da retina, havia pequenos pontos hipocorados e áreas hipotróficas, sugerindo sequela de vasculite retiniana.

Inicialmente, foi feita corticoterapia em altas doses e, atualmente, o uso de Clorambucil 2 mg/dia.

Paciente está em acompanhamento ambulatorial em serviços de reumatologia e

neurologia.

3. Discussão

O diagnóstico da SB não é dos mais simples de serem realizados pois tal doença não apresenta marcadores laboratoriais específicos, sendo assim, é feito de acordo com achados clínicos presentes no paciente. Os achados mais recorrentes são úlceras genitais e orais recorrentes, associadas à uveíte⁹, conforme observados no paciente. O teste de Patergia, importante para suportar a hipótese de SB⁶, mostrou-se positivo no paciente, pois evidenciou uma injúria exagerada na pele depois de um trauma pequeno.

A forma de Síndrome Neuro-Behçet (SNB), que possui prevalência entre 3% e 9%⁷, é definida pela ocorrência de sintomas neurológicos. O paciente apresentou alguns como por exemplo ptose palpebral, oftalmoparesia, paralisia do terceiro nervo craniano à esquerda e midríase. De acordo com a literatura, a Ressonância Magnética de Crânio é considerada padrão ouro radiológico para diagnóstico da SNB, tendo como um dos principais achados hiper-intensidade nas imagens T2W e FLAIR⁶, conforme observado no exame do paciente, além de acometimento das cápsulas internas e núcleos pálidos de ambos os lados, bem como o tálamo esquerdo.

A análise do LCR do paciente foi compatível com os padrões demonstrados na literatura.

O quadro do paciente assemelha-se ao que é chamado por alguns autores na literatura como Neuro-Psico-Behçet, uma vez que o paciente não apresenta apenas achados neurológicos, mas também psiquiátricos⁸ como alterações comportamentais, alternando entre períodos de apatia, compulsão por doces e agressividade.

Assim, de acordo com os critérios de Barnes e Yazici⁴, o paciente pode ser classificado como doença completa por possuir 4 critérios maiores.

Traçar um plano terapêutico nesses casos é de suma importância para aliviar os sinais e sintomas. De acordo com a EULAR, o uso de corticosteroides visa o tratamento de grande parte das manifestações do paciente, como uveíte, lesões

cutâneas e as alterações a nível de Sistema Nervoso Central³.

4. **Palavras Chave:** Síndrome de Behçet, Sistema Nervoso Central, Inflamação.

5. Referências

- 1- Pires LA, Cruzeiro MM, Pinto MP, et al. Neuro-Behçet. *Rev Neurocienc* 2019; 9: 36–39.
- 2- Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, et al. One year in review 2019: Behçet's syndrome. 2019; 121(6):3-17.
- 3- Mendes D, Correia M, Barbedo M, et al. Behçet's disease – a contemporary review. *Journal of Autoimmunity* 2009; 32: 178–188.
- 4- Neves FS, Moraes JCB , Gonçalves CR. Síndrome de Behçet: à procura de evidências. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46: 21-29.
- 5- Sakane T, Takeno M, Suzuki N, et al. Behçet's Disease. *N Engl J Med* 1999; 341: 1284–1291.
- 6- Caruso P, Moretti R. Focus on neuro-Behçet's disease: A review. *Neurol India* 2018; 66: 1619.
- 7- Saip S, Akman-Demir G, Siva A. Neuro-Behçet syndrome. *Handb Clin Neurol*. 2014;121:1703-23.
- 8- KIRBAS D. Neuro-Psycho-Behçet or Neuropsychiatric Behçet Disease: A Modified Name for an Old Disease. *Arch Neuropsychiatr* 2017; 54: 195–195.
- 9- Miranda C, Monteiro O, Barreto J. Comprometimento arterial na Síndrome de Behçet. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba* 2012; 14:105.

FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR - RELATO DE CASO

PULMONARY ARTERIOVENOUS FISTULA – CASE REPORT

Autores: Ana Carolina Silva Rodrigues¹, Caroline Tarraga¹, Gabriela Lopes Panão¹, Gabriela Yumie Mota Kazama¹, Gabriel Carvalho Ventura¹, Isabela Dicher Reimão Curraladas¹, Lucas Martins Rizzo¹, Matheus Martins Rizzo¹, Olivia Branco Vieira¹, Altamiro Nostre Junior². (...)

1. Acadêmicos(as) do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES. 2. Professor orientador do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos e cirurgião torácico da Santa Casa de Santos

Endereço eletrônico para correspondência: gabrielcarvalhoventura7@hotmail.com

Resumo: A fístula arteriovenosa pulmonar é uma malformação de rara incidência, de etiologia tanto congênita quanto adquirida¹. Essa doença se caracteriza pela conexão da artéria e veia pulmonar sem um leito capilar intermediário, ou seja, shunt direita-esquerda, podendo levar a situações como pneumonias de repetições, diminuição da saturação de oxigênio, sequestro pulmonar e formação de trombos.

Neste relato de caso, a paciente foi diagnosticada através do quadro clínico e exames

de imagem, com fístula arteriovenosa pulmonar em lobo inferior direito, sendo submetida a uma lobectomia inferior direita.

Descritores: Fístulas arteriovenosas pulmonares, shunt direita-esquerda

Abstract: Pulmonary arteriovenous fistula is a malformation of rare incidence, of both congenital and acquired etiology¹. This disease stands out for the connection of the pulmonary artery and vein without an intermediate capillary bed, that is, right-to-left shunt, which can lead to situations such as repetitive pneumonias, decreased oxygen saturation, pulmonary sequestration and thrombus.

In this case report, the patient was diagnosed through the clinical picture and imaging exams, with pulmonary arteriovenous fistula in the right lower lobe, being submitted to a right lower lobectomy.

Key Word: Pulmonary arteriovenous fistula, right-left shunt

Introdução: A fístula arteriovenosa pulmonar (FAVP) é uma malformação congênita ou adquirida caracterizada pela comunicação anormal de vasos pulmonares, no qual uma artéria se comunica com uma veia sem um leito capilar entre elas, formando, portanto, um shunt direita-esquerda de magnitude variável e o efeito dessas comunicações depende do tamanho dos vasos envolvidos^{1 2}. A maioria dos casos é descoberta em lactentes com cianose e dispneia ou, após esse período, em pacientes com cianose e/ou radiografia de tórax anormal⁴. Esta anomalia vascular possui uma baixa frequência de apresentação correspondendo a 3 casos a cada 100.000 habitantes³.

Uma das principais etiologias para FAVP é a telangiectasia hemorrágica hereditária (THH). É uma doença autossômica dominante que se caracteriza por epistaxe,

telangiectasias em múltiplas localizações do corpo e que pode ser acompanhada de malformações arteriovenosas (MAV) no cérebro, pulmões, trato gastrointestinal e fígado. Para o diagnóstico de THH é usado o Critério de Curação, que utiliza variáveis clínicas e radiológicas que permitem identificar a doença, os quais incluem epistaxe espontânea com predomínio noturno, telangiectasias (principalmente na cavidade oral), lesões viscerais e uma história familiar compatível¹.

A etiologia da fístula arteriovenosa pulmonar na sua forma adquirida geralmente ocorre na cirrose juvenil, sendo também descrita em pacientes com metástases de carcinoma de tireoide e esquistossomose pulmonar. Nesta última ocorre devido à neoformação vascular secundária à vasculite crônica pelos ovos dos esquistossomos ou de seus produtos metabólicos e de degradação².

As malformações arteriovenosas pulmonares (PAVM) tipo fístula possui uma artéria de alimentação diretamente conectada a uma veia de drenagem, com um único saco aneurismático intermediário⁵.

As manifestações clínicas mais frequentes da FAVP é a hipoxemia, pela passagem direta do sangue do lado direito do coração para o esquerdo, e a predisposição a infecções, tais como abscesso cerebral, hepático e/ou esplênico, assim como acidente vascular cerebral isquêmico devido a comunicação vascular anormal, com perda do filtro capilar, permitindo que haja a passagem de bactérias e trombos diretamente do sistema venoso para o arterial. Embora haja um quadro clínico característico, os pacientes são assintomáticos em 60% dos casos, em geral, a doença possui uma evolução lenta manifestando-se sinais em idades avançadas^{1 2 3}.

As fístulas devem ser embolizadas, mesmo em pacientes assintomáticos, desde que

tenham um diâmetro da artéria nutridora maior que 3 mm, para que se possa evitar complicações infecciosas e acidentes vasculares cerebrais. Atualmente, a intervenção cirúrgica fica restrita a casos de insucesso com o tratamento percutâneo ou quando as artérias nutridoras apresentam calibres muito grandes¹.

Descrição de caso: Paciente do sexo feminino, de 57 anos e 6 meses, queixa-se de “falta de ar” progressiva, desde os 7 anos de idade, associada a cansaço, dificuldade em realizar caminhadas e subir lances de escada. No exame físico encontrava-se em regular estado geral, saturando 88% com uso de O₂ domiciliar, dispneica, acianótica, afebril, anictérica e descorada. Consta ser portadora de asma não controlada desde a infância, mesmo com o uso contínuo de broncodilatadores. Refere ainda ter quadros recorrentes de pneumonia ao longo da vida, e a realização de várias sangrias para tratamento de Policitemia.

Inicialmente foram realizados: hemograma, que apresentou níveis de hemoglobina (17,6g/dl) e hematócrito (53%) acima dos valores de referência. Outros exames como: espirometria, ECG, Ureia, Creatinina, RNI, TTPA e Glicemia, todos estavam normais.

Posteriormente, foi realizado um RX de tórax apresentando uma imagem radiopaca com três consolidações nodulares no lobo inferior do pulmão direito. Em seguida, a TC foi solicitada, reafirmando essas consolidações e suspeitando de um sequestro pulmonar, requisitaram a angio ressonância, no qual, apresentou shunt arteriovenoso pulmonar.

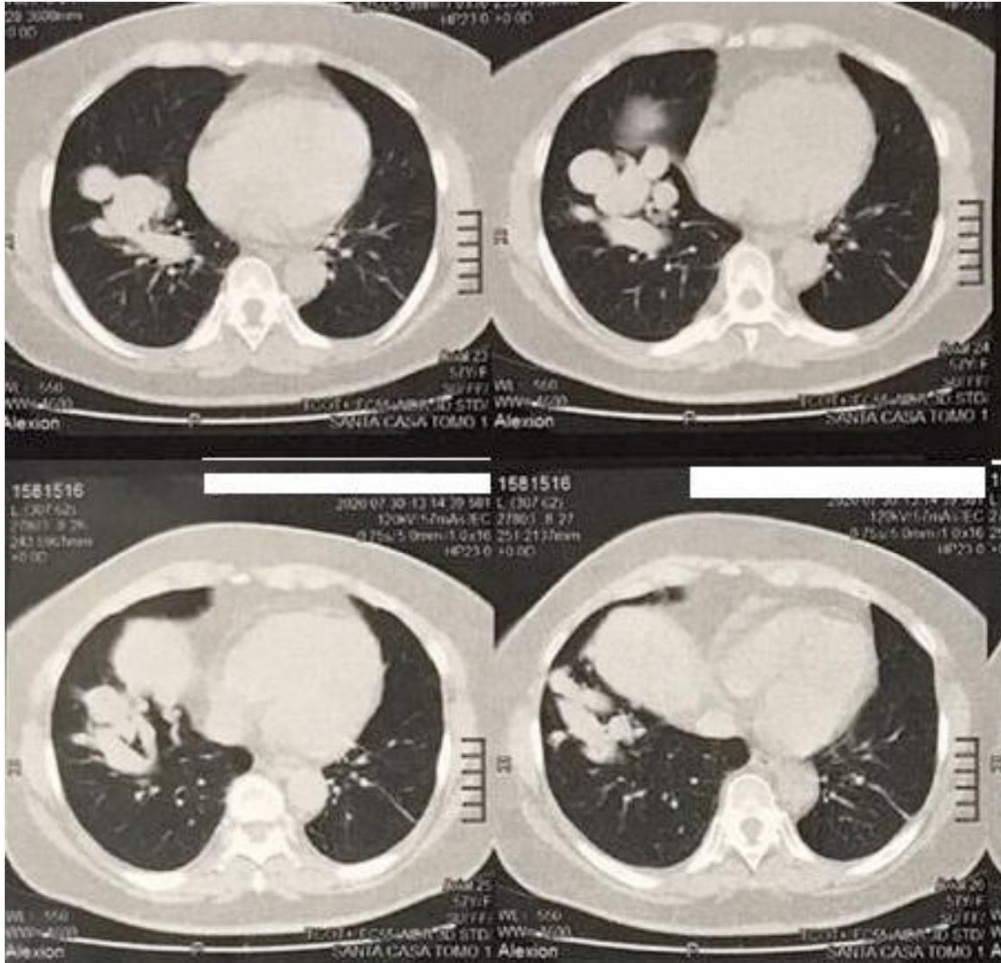
Confirmado o diagnóstico de FAVP no lobo inferior direito, o tratamento proposto foi a lobectomia inferior direita. No pré-operatório foi solicitado o exame de gasometria, com PCO₂ aumentado, PO₂ diminuído e um, Ecodopplercardiograma Transtorácico,

que revelou uma disfunção diastólica leve.

Realizado a dissecação de vaso anômalo, o material foi isolado e enviado para análise laboratorial, com anátomo patológico de MAV de pulmão, sugerindo sequestro pulmonar. A saturação retornou a 98% no momento da ligadura e numa nova gasometria os níveis de PCO_2 e PO_2 se normalizaram.

No pós operatório, a paciente foi encaminhada para UTI, com solicitação de exames controle como hemograma, houve uma diminuição do hematócrito em 8,2% em 20 horas de pós operatório, além de ter uma melhora permanente na saturação e na respiração, percebeu-se uma coloração mais rósea dos lábios.

Imagens tomográficas da lesão pulmonar no pulmão direito:



Discussão: Tendo em vista que os achados clínicos mais frequentes são cianose e dispneia⁴, no presente relato a paciente era oligossintomática, referindo apenas dispneia aos grandes esforços e isso pode estar relacionado ao tempo de adaptação à hipoxemia, chamado de período de adaptação¹. Confirmando que em geral, a doença possui uma evolução lenta manifestando-se sinais em idades avançadas³. Outro quesito que o relato compatibiliza com a literatura utilizada é que os pacientes com malformações arteriovenosas pulmonares possuem uma predominância do sexo feminino e de fístulas localizadas nos lobos inferiores¹. Dentre as manifestações secundárias ao shunt intrapulmonar, pode ocorrer a dessaturação arterial de oxigênio, cianose, baqueteamento digital e Policitemia vera². Além disso, com a perda da filtração capilar, permite que ocorra a passagem de

bactérias e trombos diretamente do sistema venoso para o arterial¹, explicando os quadros recorrentes de pneumonia ao longo da vida da paciente.

Portanto os dados obtidos na literatura coincidem com o relato. O diagnóstico foi feito de maneira adequada, porém o tratamento foi realizado por uma abordagem cirúrgica que se diferencia da literatura que relata que o melhor método terapêutico de escolha nessa situação seria de uma embolização pulmonar.

Referências:

1 - Salibe-Filho W, Piloto BM, Oliveira EP, Castro MA, Affonso BB, Motta-Leal-Filho JM, Bortolini E, Terra-Filho M. Malformações arteriovenosas pulmonares: características diagnósticas e de tratamento. J Bras Pneumol 2019; 45(4):e20180137

2 - Gianisella RB, Rossi-Filho RI, Zielinsky P. Diagnóstico e Terapêutica de Fístula Arteriovenosa Pulmonar na Infância. Descrição de Caso e Revisão da literatura. Arq Bras Cardiol 2001; 77(3):274-277

3 - Samboni YT, Tordecilla LP, Acuña G, Muñoz AL. Fístulas arteriovenosas pulmonares em um paciente pediátrico: um reporte de caso. Arch Argent Pediatr 2020; 118(2):170-173

4 - Amaral FTV, Félix PR, Granzotti JA, Rugolo LMS, Bernardes TA, Nunes MA. Fístula Arteriovenosa Pulmonar Maciça. Causa Rara, Potencialmente Curável de Hipóxia Neonatal. Arq Bras Cardiol 1996; 66(6):353-355

5 - Wong HH, Chan RP, Klatt R, Faughnan ME. Idiopathic pulmonary arteriovenous malformations: clinical and imaging characteristics. European Respiratory Journal 2011; 38:368-375

Efeitos da suplementação do ácido fólico no período periconcepcional e gestacional. *Overview* de revisões sistemáticas.

Giullia Carvalho Mangas Lopes¹ Isadora do Nascimento Quadros Mendes¹ Giovanna Marcílio Santos¹ Ana Luiza Cabrera Martimbianco²

1. Acadêmicas de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Brasil. 2. Docente da UNIMES, Brasil.

e-mail do autor: giulliamangas@gmail.com

Introdução: Diversos países têm como obrigatório a fortificação da farinha com micronutrientes, incluindo o ácido fólico (AF), devido ao seu efeito protetor.¹ De acordo com as diretrizes do NICE, a suplementação de AF para mulheres que pretendem engravidar, antes da concepção e nas primeiras 12 semanas de gestação, pode reduzir o risco de defeitos do tubo neural em fetos e de ruptura da placenta.² A deficiência de folato é frequentemente associada a pré-eclâmpsia e desfechos neonatais desfavoráveis, como menor densidade mineral óssea e malformações congênitas. Ainda não é claro se sua deficiência aumenta o risco de aborto espontâneo e as alterações neonatais, incluindo prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal, apesar de ser uma hipótese estudada.³ Apesar dos muitos estudos publicados sobre a suplementação com AF, ainda existe incerteza sobre seus efeitos antes e durante a gravidez.

Objetivos/ Métodos: Mapear e sintetizar todas as revisões sistemáticas, que avaliaram os benefícios e riscos da suplementação de ácido fólico antes e depois da gravidez. As recomendações metodológicas do Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções foram seguidas. As estratégias de busca foram realizadas nas bases de dados eletrônicas: Biblioteca Cochrane, MEDLINE (via Pubmed), LILACS e Embase. Foram incluídas revisões sistemáticas (RSs) de ensaios clínicos randomizados ou estudos observacionais que avaliaram que os efeitos da suplementação de AF para mulheres no período periconcepcional (período antes e após a concepção, até o primeiro trimestre de gestação) e / ou durante o período de gravidez (após o primeiro trimestre de gestação). Os comparadores foram placebo, não intervenção (NI) ou suplementação com outros micronutrientes. A seleção dos estudos foi realizada por dois autores de forma independente, por meio da plataforma Rayyan.

Desfechos Analisados:

- Parto prematuro (antes de 37 semanas de gestação);
- Baixo peso ao nascer (menos de 2500 g);

- Risco de defeito do tubo neural;
- Mortalidade perinatal e/ou neonatal;
- Pré-eclâmpsia;
- Risco de transtorno do espectro autista na criança.

A extração dos dados foi realizada por dois autores de forma independente. A avaliação da qualidade metodológica foi realizada por meio da ferramenta AMSTAR-2.

Desenvolvimento: As estratégias de busca recuperaram 245 referências. Após retiradas as duplicadas, resumos que não atendiam os critérios de inclusão restaram cinco estudos. Destes, um deles excluído por avaliar apenas estudos primários limitados a uma região geográfica específica.⁴ Assim, cinco RSs⁵⁻⁹ foram incluídas nesta *overview*. As características dos estudos foram extraídas e analisadas (**Tabela 1**). A maioria dos ensaios clínicos relatou suplementação diária de 5 mg de AF, isoladamente ou associada a outros micronutrientes, e em comparação com nenhuma suplementação, placebo ou outros micronutrientes sem AF. Apenas um RS⁸ avaliou a certeza das evidências usando a abordagem GRADE.

Resultados: Cinco RSs incluídas foram classificadas como de moderada a alta qualidade pela ferramenta AMSTAR-2. A suplementação de AF no período periconcepcional mostrou benefícios em termos de redução do risco de defeitos do tubo neural (RR 0,31 [0,17 a 0,58]) e taxa de aborto espontâneo (RR 1,10 [0,94 a 1,28]) quando em comparação com o placebo ou nenhuma intervenção. Não houve diferença entre os grupos para o risco de baixo peso ao nascer, anomalias congênitas, como lábio leporino, fenda palatina e disfunção cardiovascular, e TEA. Não houve diferença entre os grupos, para todos os desfechos disponíveis, quando o ácido fólico foi administrado durante a gravidez. A maioria dos estudos primários incluídos nas RSs analisou os efeitos do AF associado a outros micronutrientes, tornando difícil estimar se efeito. Apesar dessa heterogeneidade, por ser uma recomendação usual, a análise desses suplementos associados parece ser clinicamente relevante. Vale ressaltar que a variação nas recomendações nutricionais

quanto às localizações geográficas pode influenciar os resultados dos estudos primários incluídos nas RSs.

Conclusão: Até o momento, nenhum estudo semelhante foi encontrado na literatura com o objetivo de reunir todas as evidências de qualidade da suplementação de ácido fólico. As recomendações atualmente disponíveis para o uso de suplementação de ácido fólico antes e / ou após a gravidez são baseadas em RSs de alta a moderada qualidade. No período periconcepcional, parece reduzir o risco de defeitos do tubo neural e a taxa de aborto espontâneo, quando comparado ao placebo. No entanto, foi observada diferença não significativa na redução do baixo peso ao nascer, na incidência de anomalias congênitas e no risco de transtorno do espectro do autismo. Como os estudos primários apresentam limitações metodológicas, ensaios clínicos randomizados bem conduzidos, com maior qualidade metodológica e amostra homogênea, ainda são necessários para embasar os efeitos estimados encontrados.

Referências

1. Chitayat D, Matsui D, Amitai Y, et al. Folic acid supplementation for pregnant women and those-planning pregnancy: 2015 update. *Journal of Clinical Pharmacology*. 2016;56(2):170-5.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 11: Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low income households. Londres, 2011.
3. Obeid R, Holzgreve W, Pietrzik K. Folate supplementation for prevention of congenital heart defects and low birth weight: an update. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*. 2019; 9(2):424-33.
4. Jonker H, Capelle N, Lanes A, et al. Maternal folic acid supplementation and infant birthweight in low- and middle-income countries: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 2020;16(1):e12895.
5. Bulloch RE, Lovell AL, Jordan VMB, et al. Maternal folic acid supplementation for the prevention of preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2018;32(4):346-57.
6. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, et al. Effects and safety of

periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015;12:CD007950.

7. Guo BQ, Li HB, Zhai DS, et al. Association of maternal prenatal folic acid intake with subsequent risk of autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2019;94:109650.

8. Lassi ZS, Salam RA, Haider BA, Bhutta ZA. Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes. Cochrane Database Systematic Reviews. 2013;28:CD006896.

9. Saccone G, Berghella V. Folic acid supplementation in pregnancy to prevent preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. European Journal of Obstetrics Gynecology, and Reproductive Biology, 2016;199:76-81.

ANEXOS

Tabela 1 – Características dos Estudos Incluídos ⁵⁻⁹

RS/ Ano	Estudos primários incluídos	Comparações		Desfechos analisados	Qualidade metodológica dos estudos incluídos (risco de viés)
		Intervenção	Controle		
Bulloch 2018	1 ECR n = 2.819	AF [5 ou 0.2 mg/dia]	<ul style="list-style-type: none"> • Placebo 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de pré-eclampsia 	Ferramenta Cochrane (RoB): baixo risco de viés
	9 EO n = 215-193.554	AF [dose NR]	<ul style="list-style-type: none"> • NI 		Newcastle Ottawa Scale: 6 a 9/9 (moderada a alta)
De-Regil 2015	5 ECRs n = 7.391	AF [0.4 a 4 mg/dia] (+ microelementos)	<ul style="list-style-type: none"> • Placebo • Microelementos (sem AF) • NI 	<ul style="list-style-type: none"> • Defeitos do tubo neural • Mortalidade neonatal • Peso ao nascer • Lábio leporino/ Fenda palatina/ Anomalias cardiovasculares congênitas • Aborto espontâneo 	Ferramenta Cochrane (RoB): risco incerto de viés
Guo 2019	8 EO n = 840,776	AF [dose NR]	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco para TEA. 	Newcastle Ottawa Scale: 7 a 9/9 (moderada a alta)
Lassi 2013	31 ECRs n = 17.771	AF [5 mg/dia] (ou + 60-200 mg de ferro)	<ul style="list-style-type: none"> • Placebo • 60-200 mg de ferro • NI 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro (< 37 semanas) • Mortalidade perinatal • Peso ao nascer • Folato sérico • Anemia pré-parto 	Ferramenta Cochrane (RoB): risco incerto de viés
Saconne 2016	5 ECRs n = 5.332	AF [5 mg/dia] (ou + 60-200 mg de ferro)	<ul style="list-style-type: none"> • Placebo, • 60-200 mg de ferro • NI 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro (< 37 semanas) • Mortalidade perinatal • Peso ao nascer 	Ferramenta Cochrane (RoB): risco incerto de viés

RS: Revisão sistemática; ECR: Ensaio clínico randomizado; EO: estudo observacional; n: Participantes; RoB: Risk of bias; NI: nenhuma intervenção; TEA: Transtorno do espectro autista.

Os humores pós-parto e a sua relação com as mudanças hormonais – Revisão de Literatura.

Autores: Beatriz Silva Assis¹; Bruna Carteiro Silva¹; Heloísa Rodrigues Marmé¹; Laís Rocha Afonso¹; Lizandra Catharine Perrett Martins¹; Gerson Aranha²

¹ Graduandas em Medicina Humana na Universidade Metropolitana de Santos. Avenida Conselheiro Nébias, 536; Encruzilhada, Santos/SP, CEP:11045-002. beatrizassis.unimes@gmail.com; Brunacarteiro@gmail.com; heloomarme@gmail.com; laisrafonso@gmail.com; li.permar02@gmail.com

² Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP, docente na disciplina de obstetrícia da Universidade Metropolitana de Santos e preceptor da liga acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Metropolitana de Santos. Frei Gaspar, 739, conj. 201; Centro, São Vicente/SP, CEP:11310-061. gersonaranha@terra.com.br

Palavras-chaves: Depressão pós-parto, alterações hormonais puerperais. Santos, SP, Brasil.

Introdução:

O período pós-parto abrange intensas mudanças físicas, hormonais e emocionais. Existem duas alterações relacionadas com o humor pós-parto: tristeza materna puerperal e depressão pós-parto.

A depressão pós-parto apresenta uma clínica severa de transtorno mental acometendo parturientes, se caracterizando por insônia, mudanças de apetite, fadiga, tristeza repentina, pensamentos suicidas, dificuldade de concentração e desafeto pelo bebê. ¹

Já a tristeza materna (“baby blues”) é comparativamente mais branda na população e manifesta-se por sintomas como irritabilidade, mudanças bruscas de humor, baixa autoestima e sensação de incapacidade de cuidar do bebê. ²

A clínica puerperal se relaciona com mudanças hormonais como alterações nos níveis de estradiol, progesterona, prolactina monoamina-oxidase (MAO-A), ocitocina, cortisol, adiponectina e leptina sérica. ^{5,6,8}

Objetivo:

Comparar as implicações das alterações hormonais na Depressão Pós-Parto e na Tristeza Materna Puerperal.

Métodos:

Foi realizado levantamento bibliográfico de 8 artigos no banco de dados PubMed, Scielo e National Center for Biotechnology Information (NCBI) entre 2000 e 2020.

Resultados:

A depressão Pós-Parto é caracterizada por irritabilidade, dificuldade de concentração, perda de apetite, culpa, fadiga, entre outros. Esses sintomas podem começar na gestação (em geral, no 3º trimestre) e durar por mais de 2 semanas após o parto, atingindo meses ou anos se não tratada corretamente.

Uma forma do rastreamento da Depressão Pós-Parto é a utilização da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), composta por 10 questões com pontuações de 0 a 3. Caso atinja 11 pontos ou mais, a mulher pode estar no grupo de risco.

Foi realizado um estudo utilizando a EPDS pela Universidade Federal de Pelotas em 2004. Das 378 mães que responderam, 219 obtiveram 9 ou mais, e 159 menos que 9.⁶

Em relação a Tristeza Materna Puerperal, conhecida como “*Baby Blues*”, os sintomas são “mais leves” e transitórios, como: ansiedade, insônia, mudanças de apetite, irritabilidade e outros; desenvolvem-se poucos dias após o parto e são resolvidos em cerca de 2 semanas.

Um estudo da África conta que mulheres que foram diagnosticadas com Tristeza Pós-parto no 5º dia após o parto, tiveram 12 vezes mais chances de serem diagnosticadas com depressão pós-parto um mês após o parto e 10 vezes mais chances meses após o parto.

Entre os fatores de risco para ambos os distúrbios, estão mudanças hormonais, histórico familiar, tipo de parto, baixo status econômico, episódio de abuso sexual,

uso nocivo de substâncias psicoativas, apoio familiar prejudicado, e outros. ¹

Muitas mudanças hormonais são apontadas como etiologia de distúrbios do humor no pós-parto. Os hormônios estradiol, progesterona e prolactina no início do período puerperal sofrem uma forte queda, podendo provocar desânimo e estresse.

Essas alterações também são observadas no transtorno disfórico pré-menstrual, caracterizado por uma similar variação do humor.

A Teoria de Retirada de Estrogênio, levantada pelos pesquisadores Débora Bassitt e Mário Louzã Neto, consiste na associação entre níveis reduzidos de estradiol e a piora de sintomas psicóticos e de humor.⁷

Pesquisas realizadas pelo National Institute of Mental Health (NIMH), em Maryland - EUA, apontam a provável existência de subpopulações de mulheres que desenvolvem uma resposta anormal às flutuações hormonais normais para o período pré-menstrual e puerperal. Em razão disso, essas pacientes têm maior chances de desenvolver um quadro psiquiátrico de humor, como a depressão pós-parto.

Alguns estudos propõem que níveis elevados de monoamina oxidase (MAO-A) ou baixos de atividade serotoninérgica, logo após o parto, são agentes etiológicos também.

Além disso, nos pacientes com reduzidos níveis de adiponectina e leptina sérica, é observada uma maior frequência de distúrbios de humor. Níveis plasmáticos baixos de ocitocina e elevados de cortisol também estão associados aos mesmos distúrbios.

^{3,4}

Conclusão:

A Depressão Pós-Parto trata-se de uma condição a qual pode acometer parturientes e, frequentemente, ser confundida a um quadro de “*Baby Blues*”, visto que, possuem sintomas e sinais semelhantes. Em ambos, tem-se a presença de crises de choro, nervosismo, tristeza, fadiga e alteração do sono. No entanto, a Tristeza Materna Puerperal é distinguida como mais branda e transitória.

Há diversos fatores de risco identificáveis para a propensão de uma mulher desenvolver depressão no período puerperal, tais como: história familiar de transtorno do humor e depressão pós-parto, fatores estressores ao longo da vida, episódio de abuso sexual, e entre outros.

Portanto, a maternidade provoca alterações endócrinas que se relacionam ao desenvolvimento de distúrbios do humor no pós-parto. Por exemplo, a queda abrupta de estradiol, progesterona e prolactina, no início do período puerperal, podem indicar uma predisposição a tais distúrbios.

Referências:

1. BAHRAMI, M, et al. **Postpartum depression risk factors: A narrative review.** Journal of Education and Health Promotion, Isfahan, 9 de Agosto de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/> Acesso em: 18 de Julho de 2020.
2. BALARAM, K.; MARWAHA, R. **Postpartum Blues.** StatPearls Publishing, Ohio, 31 de Março de 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/#article-27541.s1> / Acesso em: 17 de Julho de 2020.
3. CARDAILLAC, C; et al. **Oxytocin and postpartum depression.** Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Nantes, 14 de Junho de 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27312097/> Acesso em: 20 de Julho de 2020.
4. COMASCO, E, et al. **Prenatal and Postpartum Evening Salivary Cortisol Levels in Association with Peripartum Depressive Symptoms.** PLOS ONE, Uppsala, 31 de Agosto de 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26322643/> Acesso em: 23 de Julho de 2020.
5. SACHER, J; et al. **Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period.** JAMA Psychiatry, Toronto, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439828/> Acesso em: 17 de Julho de 2020.
6. SANTOS, I; et al. **Validation of the *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* in a sample of mother from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study.**

Caderno de Saúde Pública, vol. 23, nº 11, Rio de Janeiro, Novembro de 2007.
Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005 / Acesso em: 28 de Julho de 2020.

7. SOARES, C. **Papel modulador do estradiol sobre os transtornos psíquicos.** Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 22, nº 4, São Paulo, Dezembro de 2000.
Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400011 / Acesso em: 28 de Julho de 2020.
8. YILDIZ, G; et al. **Serum serotonin, leptin, and adiponectin changes in women with postpartum depression: controlled study.** Archives of Gynecology and Obstetrics, Muş, 21 de Fevereiro de 2020. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28224268> / Acesso em: 21 de Julho de 2020.

Epidemiologia das mortes por afogamento na Baixada Santista - Pesquisa de campo

Autores: Júlia Marietto Labate¹; Luis Amancio Gomes de Góes¹; Maria Beatriz Ferraz Cabral da Ponte¹; Michele Fernandes da Silva Barreiro¹; Sophia Pomar Costa¹

Orientador: Dr. Guilherme Zanutto Cardillo ²

- 1) Acadêmico de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP.
- 2) Médico Legista de I Classe do Instituto Médico Legal - SP. Docente de Medicina Legal na Academia de Polícia Civil do Estado de São Paulo.

Correspondência:

julia.labate@hotmail.com

Introdução

As mortes por afogamento refletem um grande problema de saúde pública, por vezes negligenciado, sobretudo em países de baixa e média renda, nos quais ocorrem 97% desses casos¹. De acordo com os dados do Global Burden of Diseases 2000, o número anual de mortes no mundo, por afogamentos, é de 449.000 (7,4 a cada 100.000 pessoas)¹. Esses dados elucidam que os afogamentos são mais recorrentes entre os indivíduos do sexo masculino (para todas as idades e regiões), assim como as crianças menores de 5 anos.² Os afogamentos entre os menores de 15 anos evidenciam uma causa de mortalidade maior que qualquer outro tipo de ferimento.²

A continuidade desses afogamentos sugere que apenas a educação sobre segurança

aquática não é suficiente para o cessamento dessas ocorrências.³Os estudos sugerem que 90% das mortes ocorrem nos meses de verão, e aquelas ocorridas nos meses de inverno estão concatenadas com atividades de caça e pescaria.³

O Brasil possui múltiplas campanhas de prevenção ao afogamento, especialmente nos meses de dezembro, janeiro até o início de fevereiro; como a Operação Veraneio e o mapeamento dos pontos de risco em áreas não monitoradas pelos salva-vidas. Tal medida é realizada com base nos dados da temporada anterior, e contribui para a ação do corpo de bombeiros, além do aumento da sinalização. No entanto, há um extenso debate sobre a eficácia dessas políticas públicas, pois ainda é noticiado números maiores de afogamentos na temporada.

Objetivo

Esse trabalho tem o objetivo de comparar os dados de mortes por afogamento na Baixada Santista nos anos de 2016 a 2020.

Método

Os dados epidemiológicos foram coletados da Secretaria de Segurança Pública, por meio dos Relatórios de Necrópsia do IML (Instituto Médico Legal) de Santos e Praia Grande, com base na Lei nº 12.527/2011. O IML de Santos engloba as ocorrências de Santos, São Vicente e Cubatão e no IML da Praia Grande as ocorrências de Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Pedro de Toledo e Itariri.

A partir desses dados foi realizada uma comparação das ocorrências de afogamentos na temporada e fora dela, bem como seu comportamento ao longo dos anos. Por conseguinte, esses dados foram relacionados a eficácia das políticas públicas preventivas na Baixada Santista ao longo dos anos de 2016 a 2020.

Resultados

Os dados obtidos foram comparados aos dados presentes em uma série de gráficos e evidenciaram diferença substancial entre os afogamentos durante os meses de

temporada e fora deles, como observado nas figuras 1, 2, 3, 4 e 5. Do total de casos ocorridos entre 2016 e 2020 na Baixada santista (204), cerca de 77,9% (159) deu-se durante a temporada.

Dos anos com maiores números de afogados, aos anos em que os dados registraram números menores, a diferença entre os afogamentos na temporada e fora dela é nítida. Em 2016 (figura 1), foram registrados 34 afogamentos durante a temporada e 9 nos meses de inverno. Já em 2017 (figura 2), 53 afogamentos foram registrados nos meses de verão, contra 10 nos meses de inverno. No ano de 2018 (figura 3), foi registrado 34 afogamentos nos meses de verão, enquanto fora da temporada apontaram 10. Em 2019 (figura 4) 15 afogamentos foram registrados na temporada e 12 nos meses de inverno, ano em que os afogamentos dentro e fora da temporada foram mais próximos, fato justificado pela diminuição clara do número de ocorrências na temporada (figura 6).

Nota-se uma diminuição exponencial do número de óbitos em época de temporada, desde o ano de 2017, (figura 6), o que não ocorreu em 2020. Já fora da época de temporada (figura 7), os números se mantiveram estáveis ao longo dos anos de 2016 a 2019, até sofrerem uma queda brusca em 2020. Tal fato justificado pela pandemia de covid-19, em que o uso das praias e corpos de água foi reduzido.

Figura 1 – Taxa de afogamentos na Baixada Santista em 2016



Figura 2 - Taxa de afogamentos na Baixada Santista em 2017



Figura 3 - Taxa de afogamentos na Baixada Santista em 2018



Figura 4 - Taxa de afogamentos na Baixada Santista em 2019



Figura 5- Taxa de afogamentos na Baixada Santista em 2020



Figura 6- Número de óbitos por afogamento em época de temporada na baixada santista



Figura 7- Número de óbitos por afogamento fora da época de temporada na baixada santista

Discussão

Muitos autores apontam a correlação, no período de um ano, da variação da incidência deste tipo de morte com as estações, fatores climáticos e a zona geográfica onde ocorreram estes óbitos. Os meses da temporada coincidem com as férias escolares, recessos de trabalho e o verão, aumentando o fluxo de turistas e moradores no litoral para os corpos de água, intensificando as ocorrências desse gênero. A análise dos dados confirma essa relação das mortes por afogamento a sazonalidade, dado que a maioria das mortes por afogamento ocorreu no verão, entre

os meses de janeiro e março.

A vigilância e coleta de dados locais são necessários para identificar os fatores específicos associados ao afogamento em uma determinada região, portanto, as principais medidas preventivas podem ser, de uma forma ampla, divididas em supervisão, mudanças de design ambiental, legislação, aulas de natação e educação de segurança aquática. ¹

Enquanto a mortalidade é um indicador importante da magnitude de um problema de saúde, é importante entender que para cada morte por afogamento ocorrem milhares de ferimentos em acidentes não-letais em que os sobreviventes são deixados com sequelas permanentes.²

Conclusão

Com os meses de verão, ocorre o aumento do fluxo de turistas e moradores nos corpos de água, mesmo que o número de mortes por afogamento na temporada tenha diminuído ao longo dos anos, as medidas preventivas tomadas durante a temporada ainda não são suficientes para que esses números se igualem aos dos meses de inverno. O investimento nas medidas preventivas são a grande chance de mudança nas estatísticas de mortes por afogamentos.

Referências

1. Shetty SK, Shetty M. Epidemiology of drowning in Mangalore, a coastal Taluk of South India: Mangalore: Journal of Forensic and Legal Medicine; 2007;14(1)410-415.
2. Peden MM, McGee K. The Epidemiology of Drowning Worldwide, Injury Control and Safety Promotion. Geneva: World Health Organization; 2010;10(4)195-199.
3. Dietz PE, Baker SP. Drowning, Epidemiology and Prevention. Colorado: University of Colorado; 1974;64(4)303-305.

Processo no TJ: Procedência X Improcedência. Produção antecipada de prova.

Gabriela Bueno de Souza¹; Giovana Meira Muller¹; Letícia Venturino Alves¹; Maria Clara Firmino Tamarozzi¹; Matheus Campos Alves Corrêa¹; Guilherme Zanutto Cardillo²

1. Graduando(a) de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.
2. Médico graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo (2005). Pós graduado em medicina do trabalho pela USP (2011). Médico do Trabalho especialista pela ANAMT. Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas pela ABPML. Perito Judicial. Médico Legista de II Classe do Instituto Médico Legal - SP. Docente de Medicina Legal na Academia de Polícia Civil do Estado de São Paulo.

PALAVRAS CHAVES: Produção antecipada da prova, Perícia Médica, Investigação.

INTRODUÇÃO

Preliminarmente, constata-se que a maioria dos processos são improcedentes. Os erros médicos, quase sempre, causam dano e sofrimento aos pacientes, o que, aliado a uma relação médico-paciente insatisfatória, é responsável por grande parte das denúncias feitas nos Conselhos Regionais de Medicina. Deslizes cometidos por profissionais de outras áreas podem não acarretar maiores consequências, mas os erros dos médicos frequentemente provocam resultados indesejados e, muitas vezes, sequelas irreversíveis⁽¹⁾.

A responsabilização do médico pode ocorrer em diversas instâncias: administrativa institucional; administrativa junto ao órgão de classe (Conselho Regional de Medicina), cível e criminal.

A ação de produção antecipada de prova é a demanda através da qual se pretende a produção autônoma e antecipada da prova, em momento anterior ao processo que

se objetiva ajuizar, ou mesmo anteriormente à fase instrutória da ação que tem por objeto o direito material controvertido de maneira incidental⁽²⁾.

OBJETIVO E MÉTODO

O presente trabalho tem como objetivo a análise do desfecho processual (procedência ou improcedência) dentro da produção antecipada de prova, a partir de análise das sentenças com o indicador “erro médico” proferidas na comarca de Santos - SP no ano de 2018.

DISCUSSÃO

O QUE É PRODUÇÃO ANTECIPADA DE PROVA

A produção antecipada da prova viabiliza a antecipação do que só seria possível durante a instrução processual (objetivando a coleta de provas, os fatos apurados, e as provas produzidas). Esse instituto está previsto nos artigos 381 a 383 do Código de Processo Civil de 2015; sendo que a lei processual permitiu um espectro mais amplo, englobando outros casos que não envolvem urgência.

O objetivo da produção antecipada é possibilitar a produção da prova, contudo, o juiz não dará valor para a prova produzida, apenas homologando ela. Assim, o procedimento da produção antecipada da prova é um recurso preciso que atesta os elementos produzidos como prova judicial.

A partir do advento do Código de Processo Civil de 2015 passou a ser permitido que as partes se utilizem do judiciário de modo prévio e exclusivamente para colher prova com o objetivo de se inteirar das mudanças nessa pendência que está em juízo para ser examinada, quais sejam: i) quando houver “fundado receio de que venha a tornar-se impossível ou muito difícil a verificação de certos fatos na pendência da ação” (art. 381, I CPC); ii) “viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito” (art. 381, II CPC) ou iii) para permitir que com o “prévio conhecimento dos fatos” se possa “justificar ou evitar o ajuizamento de ação” (art. 381, III CPC).

Importa lembrar que em muitos casos, aquele que requer a produção antecipada da prova, sequer chega a ser considerado na ação principal. Deste modo, o recurso permite um uso estratégico da prova, ou seja, caso este laudo pericial não seja favorável ao requerente do recurso, ele poderá desistir de ajuizar demanda e resultar numa solução consensual ao conflito, não gerando condenação em valor à parte perdedora.

Em conjunto, como a produção antecipada de provas é muito mais ampla do que seria a produção na fase inicial do processo, torna-se difícil ao juiz desconsiderar uma providência probatória por considerá-la inútil, já que os destinatários da prova são as próprias partes. Já na produção durante a fase inicial do processo, como o juiz assume-se como destinatário primordial da prova, é mais recorrente este indeferir a prova. Assim, com o recurso de antecipação das provas, é possível que haja um julgo mais preciso sobre o caso.

Além disso, a produção antecipada de prova permite que não haja gastos demasiados a cada ação ordinária - já que isto movimentaria todo o aparato judiciário, gastando-se recursos públicos e privado – e, em conjunto, em caso de uma ação referente a erro médico por exemplo, se previne um transtorno psicológico do profissional enquanto espera a resolução do caso.

CONCLUSÃO NA PRODUÇÃO ANTECIPADA DE PROVA

Inicialmente, quando o pedido de produção de provas é solicitado, ele pode ser deferido (outorgado) ou indeferido (recusado). Porém, somente pode ser indeferido quando inúteis (há impossibilidade de interferir na reconstrução dos fatos) ou protelatórias (onde a intenção da parte que a requereu é procrastinar a resolução do caso).

Caso o recurso seja concedido e realizado, este resultará em um conjunto probatório homologado que poderá ser utilizado durante o processo principal ajuizado. Somente serão objeto de prova os fatos relevantes, pertinentes e que foram contestados. Sendo que, entre eles, apenas aqueles em que a reconstrução exige conhecimentos científicos específicos serão objeto de prova pericial.

Como já citado anteriormente o laudo pericial não é do exclusivo interesse do autor da medida, o requerido também tem o direito de utilizá-la, se concretizando o princípio da comunhão da prova. As partes do processo de antecipação devem ser intimadas de seu final – que se dá com a sentença que certifica a regularidade da produção probatória.

A partir deste laudo as partes decidirão como caminhará o processo e, caso o requerente dê continuidade, o desfecho da ação pode ser uma sentença procedente (conforme a prova homologada a ação deferida possui fundamento e o julgador deu ganho de causa para o autor do processo) ou improcedente (não possui fundamento e a sentença deu ganho de causa para o réu).

O QUE É A PERÍCIA?

No âmbito de um processo judicial, pode ser que as partes ou o juiz precise de prova pericial, ou seja, de um documento que esclareça um ponto importante da causa, que somente pode ser feito por pessoa com formação especializada, ou seja, a perícia compreende uma avaliação psicológica que pretende obter informações técnicas que não contemplam o âmbito jurídico. Dessa forma, são responsáveis pelo subsídio de decisões legais quando estas demandam um entendimento acerca do funcionamento psicológico da(s) parte(s) envolvida(s).

A PERÍCIA MÉDICA PARA FINS DE INVESTIGAÇÃO

Tendo como princípio a aplicação do conhecimento médico para fins de investigação, essa atuação vai muito além da determinação e identificação dos tipos de lesões e violências analisadas. A atividade da medicina legal é também uma atuação em prol dos direitos humanos de prevenção a crimes de tortura, por exemplo: o exame cautelar, que possui em seu princípio evitar a ocorrência de crimes de tortura e, em alguns casos, identificar a ocorrência de tortura contra o ser humano. Nesse sentido, o exame cautelar tem o seu valor, e ele gera para a autoridade investigativa elementos para a elucidação desses crimes, assim como as situações de violência contra mulher, violência contra criança, adolescente e grupo vulnerável.

QUAL TIPO DE PROVA PODE SER PRODUZIDA DIANTE PROCEDÊNCIA

Diante da procedência, é possível a produção de provas antecipadas, para facilitar a comprovação dos fatos discutidos.

A prova antecipada pode ser preparatória ou incidente. A prova antecipada preparatória tem por objetivo a preparação de materiais que fundamentam ações a serem propostas futuramente. A prova antecipada incidente promove a coleta de provas quando já há ação de conhecimento, porém antes do processo.

Os meios de prova especificados pelo código de processo civil são: depoimento pessoal; confissão; exibição de documento ou coisa; prova documental; prova testemunhal; prova pericial e inspeção judicial.

O depoimento pessoal é o meio de prova pelo qual a parte é inquirida a pedido do adversário, a respeito de fatos relevantes para a solução do caso, geralmente visa provocar a confissão. Admite-se a produção antecipada dessa prova, porém normalmente é prestado o depoimento pessoal na audiência de instrução e julgamento.

A confissão consiste no reconhecimento da parte de serem verdadeiros os fatos alegados no todo ou em parte pelo adversário, é considerada meio de prova de eficácia excepcional.

A prova documental é a retratação material de algum acontecimento. Os documentos devem ser apresentados com a petição inicial pelo autor, ou com a resposta pelo réu. Produzir prova documental significa fazer com que o documento seja juntado aos autos do processo e passe a integrá-lo, como peça de instrução.

A prova testemunhal é aquela produzida oralmente perante o juiz, através de pessoa estranha à lide, devendo ser capaz, pessoa física, que irá depor. É possível recorrer à prova testemunhal para contrariar a veracidade das declarações documentadas e para questionar a origem dos documentos.

A prova pericial deve ser deferida quando existir a verificação de fato que depende de conhecimento técnico especial. A perícia poderá ser produzida antecipadamente quando se tornar impossível ou mais difícil a verificação dos fatos no momento processual oportuno da ação de conhecimento.

A inspeção judicial consiste na inspeção direta pelo juiz, de pessoa ou coisas com a finalidade de esclarecer sobre o fato que interessa a lide. Concluída a inspeção será produzido um auto, relatando o que foi observado e que for útil ao entendimento do

juiz para o julgamento da causa.

ANÁLISE DA TABELA DE SENTENÇAS DE ERROS MÉDICOS PROFERIDAS EM SANTOS

Das 213 sentenças de primeiro grau da Comarca de Santos no ano de 2018 contendo o marcador “erro médico”, foram excluídas as sentenças que não condiziam propriamente sobre o assunto (tais como cumprimento de sentença, requisição de menor valor, impugnação de justiça gratuita, dentre outros).

Em dois processos não se obteve acesso por possuírem segredo de justiça. Um processo foi excluído pelo fato do autor ter faltado à perícia. Três processos se referiam a execução de sentença e sete sobre impugnação de justiça gratuita. Destaca-se que, em ambos os casos, tais processos tinham numeração diferente da numeração do processo original. Um dos casos houve representação indevida na OAB e não era relacionado à erro médico. Em apenas um processo fora feita produção antecipada de prova, envolvendo perícia odontológica, tendo sido ajuizada ação indenizatória, a qual resultou procedente.

Dos outros processos, dois foram relacionados a fornecimento de medicamentos; três associados a procedimentos relativos a convênio médico; um sobre troca de exames e dois relacionados a procedimentos estéticos não médicos.

Um processo decorre de procedimentos veterinários; um versa sobre complicação de procedimento de enfermagem e outro atinente à enfermagem sobre alta de paciente; seis sobre procedimentos odontológicos: em todos esses casos, as ações foram procedentes.

Dos 147 processos que efetivamente versam sobre a medicina, em oito processos houve acordo, sendo considerados procedentes 29 casos em primeira instância e 136 dos casos, julgados como improcedentes (92,51%).

CONCLUSÃO

A propositura de uma ação ordinária indenizatória cível movimentada e sobrecarrega o Poder Judiciário com demandas as quais, conforme apresentado, revelam-se infundadas. Tais demandas geram não somente gastos no poder público mas também para o médico, que, via de regra, necessita suportar honorários advocatícios e periciais, além de vivenciar a angústia pelo deslinde do processo. Portanto, a produção antecipada de prova em casos de “erro médico” deveria ser a regra.

REFERÊNCIAS

- 1- Revista, De, Médica. Análise do Erro Médico em Processos Ético- Profissionais: Implicações na Educação Médica Medical Error Analysis in Ethics Investigations: Implications on Medical Education. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA [Internet]. 2007;31(2):223–8. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/b7c7/996135084211eff5da6864d44626f442eaf5.pd f>> Acesso em: 21 Dec. 2020
- 2- Saymon R. Produção antecipada de provas: linhas gerais acerca do instituto [Internet]. Jus.com.br. Jus Navigandi; 2020. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/78830/producao-antecipada-de-provas-linhas-gerais-acerca-do-instituto#:~:text=A%20a%C3%A7%C3%A3o%20de%20produ%C3%A7%C3%A3o%20antecipada,material%20controvertido%20de%20maneira%20incidental.>>
- 3- Jusbrasil. Conectando Pessoas à Justiça [Internet]. Jusbrasil. 2020. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/home>> Acesso em: 20 Dec. 2020
- 4- Software Jurídico para Advogados: Online e com Aplicativo Gratuito [Internet]. Software Jurídico para Gestão Online em Escritórios de Advocacia. 2020. Disponível em: <<https://www.sajadv.com.br/>> Acesso em: 20 Dec. 2020
- 5- Revista de Processo. Processo de Conhecimento (fase cognitiva). 2016.

Disponível em:
<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_bibliot_e/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RPro_n.260.03.PDF>
≥ Acesso em: 21 Dec. 2020

6- E.S. Câmara, S. Feurharmel. Documentoscopia: Aspectos Científicos, Técnicos e Jurídicos. Millenium, Brasil, 85-290, 2014.

7- Vargas J, Sardá, Krieger J, Roberto A, Pierre J, Vargas S. A PERÍCIA CRIMINAL EM FACE DA LEGISLAÇÃO [Internet]. Disponível em:
<<https://www.univali.br/graduacao/direito-itajai/publicacoes/revista-de-iniciacao-cientifica-ricc/edicoes/Lists/Artigos/Attachments/998/Arquivo%2020.pdf>> Acesso em: 21 Dec. 2020

8- FIGUEIREDO, Silvana P. ERRO MÉDICO: A dificuldade da prova e a importância da inversão do ônus da prova. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, 2007. Disponível em: <<https://arquivo.fmu.br/prodisc/direito/spf.pdf>> Acesso em: 23 Dec.2020

Paciente em choque cardiogênico – É possível o desmame de dobutamina utilizando sacubitril/valsartana?

Carlos Eduardo Slateff Baldini¹; Lucas Veiga Guimarães¹; Raissa Mendonça de Menezes¹; Paulo Vinicius Ramos Souza²; Alexandre de Matos Soeiro²

- 1- Discentes do curso de Medicina da Unimes;
- 2- Orientador e cardiologista do Hospital BP Mirante

Introdução:

O uso de inibidores da neprilisina e do receptor da angiotensina mostrou redução de mortalidade nos pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) em quadros compensados, em regime ambulatorial. Pelo efeito hipotensor dessa classe medicamentosa ainda não temos estudos que mostrem seu benefício em paciente com quadro de descompensação da insuficiência cardíaca, em uso de inotrópicos.

Relato de caso:

Paciente masculino de 69 anos com queixa de piora importante da dispneia, agora ao repouso. Portador de ICFER (fração de ejeção de 20%), fibrilação atrial paroxística, cardiodesfibrilador implantável com ressincronizador, hipertensão arterial e angioplastias prévias em artéria coronária descendente anterior e circunflexa. Ao exame físico encontrava-se com frequência cardíaca de 105 batimentos por minuto, pressão arterial de 90x60 mmHg, frequência respiratória de 30 incursões por minuto, saturação arterial 88%, tempo de enchimento capilar lentificado, bulhas rítmicas e normofonéticas e murmúrio vesicular presente com crepitações bibasais. Feito diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada perfil C (frio e úmido), e optado por suspender vasodilatador e betabloqueador de uso prévio, e iniciar dobutamina na dose de 15mcg/kg/min e diureticoterapia com furosemida 120mg/dia. Após dois dias, paciente evoluiu com melhora importante dos sintomas, decidido então por iniciar desmame da medicação inotrópica. Após um dia de início de sacubitril/valsartana 24/26mg, bem tolerado pelo paciente foi iniciado o desmame do inotrópico, sem novas pioras clínicas e em dois dias o inotrópico foi retirado completamente. Paciente evoluiu satisfatoriamente, com estabilidade clínica e recebe alta hospitalar 3 dias após.

Discussão:

Recentemente o estudo PIONEER-HF, mostrou uma redução de 20% no nível de NT-pró BNP nos pacientes internados por descompensação da insuficiência cardíaca, em uso desta classe de medicação ainda em ambiente hospitalar, porém com estabilidade clínica e sem uso de inotrópicos há pelo menos 24 horas. Todavia, não existe relatos na literatura, do uso do inibidor da neprilisina e do receptor da angiotensina, para vasodilatação e auxílio no desmame de dobutamina em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada em uso de medicação inotrópica.

Conclusão:

O relato do uso do inibidor da neprilisina e do receptor da angiotensina para vasodilatação e auxílio na descontinuação de drogas inotrópicas em pacientes com

insuficiência cardíaca descompensada se mostrou único na literatura e com desfecho similar ao tratamento padrão.

Referências:

Martyn T, Faulkenberg K.D, Yaranov D.M, et al. Tolerability, Safety, and Hemodynamics of Sacubitril-Valsartan in Acutely Decompensated Heart Failure Patients with Cardiogenic Shock. *Journal of Cardiac Failure*, Volume 25, Issue 8, Supplement, 2019, Page S28, ISSN 1071-9164. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2019.07.078>.

Velazquez E. J, Morrow D. A, DeVore A. D, et al. Angiotensin–Neprilysin Inhibition in Acute Decompensated Heart Failure. *New England Journal of Medicine*. November 11, 2018. DOI: 10.1056/nejmoa1812851.

Sucesso terapêutico após uso de Imunobiológico em paciente com urticária

crônica espontânea - relato de caso

**Laila Mourad¹, Ana Carolina de Abreu Gomes¹, Fernando Oliveira dos Santos¹,
Isabela Albuquerque Varela¹, Victor Ricardo Yamazaki¹, Fabrício Rubens Pires
Afonso²**

¹Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

²Preceptor da Liga de Alergia e Imunologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

E-mail:lailamourad@outlook.com.br

PALAVRAS-CHAVE: Urticária crônica. Imunoterapia. Omalizumabe.

INTRODUÇÃO: A urticária é uma doença pruriginosa da pele, englobando um grupo heterogêneo de moléstias que ocorrem pela atuação de mediadores químicos vasoativos liberados por mastócitos; se caracterizando pelo surgimento de urticas, angioedema ou ambos. Urticas são formadas pela vasodilatação e consequente extravasamento de líquido, produzindo lesões com edema central, eritematosas, pruriginosas e fugazes, que trazem sensação de queimação; desaparecendo em até 24 horas sem deixar lesões residuais. Já o angioedema, é um edema súbito localizado na derme inferior e subcutânea ou nas mucosas, com sensação de dor e resolução em até 72 horas¹

A urticária tem classificação aguda ou crônica. A aguda tem duração inferior a 6 semanas, ocorre em cerca de 20% da população, causada por infecções virais e alergias a alimentos ou medicações; a sua forma crônica tem duração igual ou maior que 6 semanas e afeta de 0,5 a 1% da população²

Urticária crônica espontânea são lesões que aparecem rapidamente, sem fator desencadeante externo específico. Pode ocorrer exacerbação por uso de anti-inflamatórios não hormonais, estresse e alimentos liberadores de histamina.²

O guideline apresenta o tratamento da urticária crônica espontânea em 4 linhas diferentes: a 1ª consiste no uso de anti-histamínicos não-sedantes de segunda

geração (como bilastina, cetirizina, desloratadina, levocetirizina, loratadina e rupatadina), que são eficazes e demonstram excelente perfil de segurança. Sendo ineficiente, é substituída pela 2ª linha, aumentando em até 4 vezes das doses desses mesmos anti-histamínicos. Mostrando ineficácia, a 3ª linha é o uso dos anti-histamínicos de segunda geração em conjunto com Omalizumabe, administrando 300 mg a cada 4 semanas; sendo eficiente em até 84% dos casos ^{3,4} com resposta em até 6 meses. A última linha de terapia é a adição da Ciclosporina A aos anti-histamínicos de segunda geração, mostrando eficácia em 65% dos casos tratados. Esta é a última a ser recomendada por ter **grande potencial para efeitos adversos graves**, e assim, nem todos os pacientes podem utilizá-la¹

OBJETIVO: Demonstrar o sucesso terapêutico com o uso de imunobiológicos em paciente com urticária crônica espontânea.

METODOLOGIA: Os dados contidos neste trabalho foram obtidos através de anamnese, revisão de prontuário do paciente em questão e critérios diagnósticos. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos sob número CAAE:41975721.4.0000.5509.

DESENVOLVIMENTO/RESULTADOS: Paciente C.M.S, sexo feminino, 35 anos, arquiteta, sedentária, com hipotireoidismo em uso de levotiroxina há 5 anos e histórico familiar de diabetes e hipotireoidismo pela parte materna. Vive em um apartamento com cachorro e nega ser fumante. Refere aumento de peso recentemente e se sente muito ansiosa e estressada, chegando a pensar que a razão de sua patologia era seus problemas emocionais. Procurou médico alergista em fevereiro de 2020 por queixa de lesões de urticas (há extravasamento vascular) por todo o corpo, que somem e reaparecem, com extremo prurido que começaram em 02 de janeiro de 2020, um dia após manifestar quadro de diarreia.

Além disso, apresentou febre em alguns momentos. Já foi tratada previamente para urticária aguda com Hixizine uma vez ao dia por indicação de outro profissional, porém as queixas continuaram.

Na consulta, foi descartada a hipótese de alergia alimentar devido ao fator temporal (até 2 horas para o aparecimento dos sintomas após a ingestão do alimento suspeito) e diagnosticada a urticária crônica espontânea devido à história clínica e exame físico, que evidenciaram lesões eritematosa e de alto relevo, que desapareciam após 24 horas. Notou-se uma evolução crônica, com os sintomas persistindo por mais de 6 semanas. Além disso, foi classificada como espontânea, uma vez que o médico não conseguiu achar nenhuma relação externa com o processo.

Inicialmente, foi recomendado iniciar o tratamento com a segunda linha devido à queixa grave, que consiste em interromper o uso do Hixizine e iniciar tratamento para urticária crônica espontânea com anti-histamínico de segunda geração (Alektos) de 12 em 12 horas de forma contínua (dose aumentada em 2x) e foram solicitados os exames: hemograma completo, T4L, VHS, TSH, C4, FAN, anti-tireoperoxidase (ATPO) e anti-tireoglobulina (ATGB).

No dia 19/03, a paciente voltou com o resultado dos exames, que deram alteração, ATPO: 139U/mL (referência: <15U/mL) e ATGB: 70 (referência: <20U/mL), comprovando problema de tireoide relatado pela paciente.

Ocorreu piora dos sintomas nos dias 03/04 e 06/04, com febre e intensificação das lesões, sendo prescrito continuar o uso do anti-histamínico de segunda geração, aumentando para quatro vezes a dose padrão.

Não houve remissão dos sintomas e foi necessária a terceira linha de tratamento, inserindo o uso do imunobiológico Omalizumabe injetável em tecido subcutâneo 300mg a cada 30 dias de forma contínua. A paciente finalmente teve melhora no quadro e, nesse caso, não foi necessário a indicação da quarta linha de tratamento, que seria a introdução de Ciclosporina no lugar do Omalizumabe.

Assim, notou-se a remissão dos sintomas e grande melhora na qualidade de vida da paciente.

CONCLUSÃO: Urticária crônica é um distúrbio complexo com impacto significativo nos pacientes, já que não há uma cura específica, somente tratamentos para a doença. Seu tratamento varia de acordo com o paciente, indo de anti-histamínicos até imunossuppressores. A paciente em questão teve melhora no tratamento de terceira linha e, nesse caso, não foi necessário a indicação da quarta linha de tratamento.

Estudos demonstram que o Omalizumabe tem eficácia no tratamento da urticária crônica espontânea refratária a anti-histamínicos (74-76% demonstraram respostas clínicas), sendo usado com sucesso.⁶ Reitera-se que é importante o uso da medicação, pois a doença afeta de forma negativa a qualidade de vida do paciente, no que tange ao sono não reparador, convívio social (aspecto físico), relação no trabalho e custos elevados com medicações e consultas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ensina LF, Valle SOR, Campos RA, Agondi R, Criado P, Bedrikow RB, et al. Guia prático da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para o diagnóstico e tratamento das urticárias baseado em diretrizes internacionais. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2019;3(4):382-392
2. Valle SOR, Dortas-Junior SD, Dias GAC, Motta AA, Falcao-Amaral CS, Martins EAPR, et al. Ferramentas para avaliação e acompanhamento da urticária crônica. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2018;2(2):209-224
3. Wang L, Ke X, Kavati A, Wertz D, Huang Q, Willey VJ, et al. Real-world treatment patterns and outcomes of omalizumab use in patients with chronic idiopathic urticaria. *Curr Med Res Opin.* 2018;34:35-9.
4. Ensina LF, Valle SOR, Juliani AP, Galeane M, Vieira dos Santos R, Arruda LK, et al. Omalizumab in Chronic Spontaneous Urticaria: A Brazilian Real-Life Experience. *Int Arch Allergy Immunol.* 2016;169:121-4.
5. Lisa A. Beck, Jonathan A. Bernstein and Marcus Maurer. A Review of International Recommendations for the Diagnosis and Management of Chronic Urticaria. *Acta Dermato-Venereologica.* 2016. Acesso em 20 de dezembro de 2020; 97:149-158. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-2496>
6. N P M Rubini, L F C Ensina, E M K Silva, F Sano, et al. Effectiveness and safety of Omalizumab in the treatment of chronic spontaneous urticaria: Systematic review and meta-analysis. *Allergologia et Immunopathologia.* 2019. DOI 10.1016/j.aller.2019.05.003

Xantogranuloma juvenil associado à Neurofibromatose - Relato de caso.

Novaes MR¹, Arruda BBB¹, Piai I¹, Labate JM¹, Mourad L¹, Brenga LMS¹, Vieira OB¹, Sementilli A², Almeida JRP³.

¹Acadêmicos da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), ²Professor titular da disciplina de Patologia da UNIMES, ³Professor da disciplina de Dermatologia da UNIMES.

mariromanato@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O xantogranuloma juvenil (XJ) é o tumor benigno da pele de células não-Langerhans mais comum no início da infância, incide principalmente antes dos 6 meses e 70% ocorre no primeiro ano de vida. Constituído por uma pápula, ou nódulo, assintomático, de coloração vermelha-amarronzada, usualmente solitário e com preferência de localização na cabeça e pescoço.^{1,2}

Além disso, é recorrente a associação da Neurofibromatose tipo 1 (NF1) com o XJ. Ocorre em aproximadamente 5%-10% dos pacientes com NF1 e é mais comum em menores de 2 anos. A presença de XJ na NF1 é considerado um sinal de alerta para leucemia mielomonocítica crônica juvenil (LMCJ), especialmente em pacientes com histórico familiar de NF1.^{3,4}

A NF1 é uma doença neurocutânea que se deve a perda da expressão do gene NF1, responsável pela síntese de neurofibromina, proteína relacionada aos mecanismos de regulação da proliferação celular. Os pacientes portadores possuem características clínicas heterogêneas. O sistema nervoso é o principal afetado pela doença, na qual essas crianças além de estarem mais propensas a desenvolverem tumores e autismo, podem apresentar disfunções cognitivas, de aprendizagem e de atenção. Embora não sejam específicos da doença, algumas lesões dermatológicas, ósseas e oftalmológicas estão fortemente relacionadas ao seu quadro clínico, como manchas cor de café com leite na pele, neurofibromas cutâneos, entre outros.^{5,6,7}

OBJETIVO

O objetivo deste relato é apresentar à comunidade científica um caso pouco descrito na literatura sobre a associação entre duas patologias raras: Xantogranuloma Juvenil e Neurofibromatose tipo 1.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 7 meses, ao nascimento já apresentava manchas irregulares de aspecto café com leite no dorso posterior e nádegas. Nas últimas duas semanas, desenvolveu 2 pápulas amarelo-avermelhadas na face e couro cabeludo. Não foi relatada sintomatologia associada. O pediatra que avaliou o caso não concluiu hipótese diagnóstica e solicitou a realização de biópsia das lesões papulares.



Imagem 1: Pápulas de coloração amarelo-avermelhada, localizadas na face e couro cabeludo, compatíveis com a apresentação clínica de XJ.



Imagem 2: Manchas de aspecto “café com leite” na região dorsal posterior e nádegas, de tamanhos e formas irregulares, típicas de NF1.

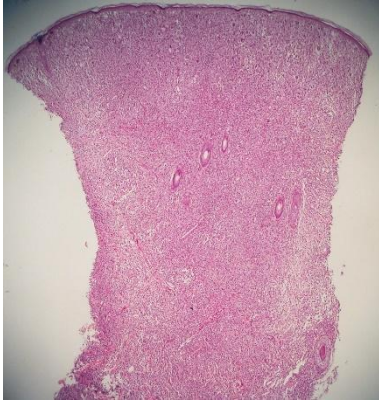


Imagem 3: Corte histológico da lesão papular, intensa proliferação celular na derme em toda sua espessura e circundando os anexos sem destruí-los (lesão benigna). HE 40x.

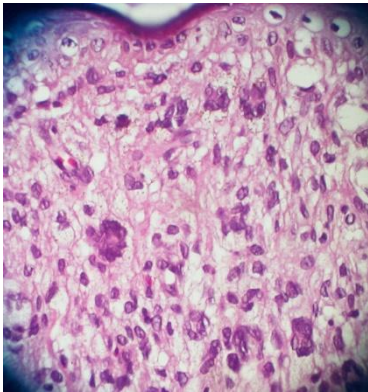


Imagem 4: Outro corte da mesma lesão, mostrando proliferação de macrófagos com citoplasma vacuolizado e de aspecto espumoso, além da presença de células multinucleadas (células de Touton). HE 400x.

DISCUSSÃO

O XJ tem etiologia desconhecida, mas estudos revelam que os macrófagos dos portadores de XJ apresentam síntese intracelular de colesterol aumentada, justificando o acúmulo de colesterol nas lesões de XJ. Esse distúrbio costuma ser autolimitado e pouco associado a manifestações sistêmicas.^{8,9} Logo, a presença de vacúolos múltiplos ou únicos nos macrófagos (imagem 4) evidencia que colesterol estava sendo armazenado no citoplasma dessas células.

As duas formas clínicas mais frequentes na XJ são a forma nodular pequena, com nódulos bem separados pela pele e que medem entre 2mm e 5mm (imagem 1) e a forma nodular grande (até 2 cm). Ambas as formas podem coexistir.⁸

O diagnóstico da doença não costuma ser difícil, porém, seu anonimato pode ser um fator limitante, sendo a biópsia decisiva para fechar o diagnóstico. A apresentação morfológica inclui infiltrado difuso na pele por histiócitos (imagem 3), células gigantes multinucleadas como células Touton (85% dos casos), células espumosas, linfócitos e granulócitos (imagem 4). A imunohistoquímica é a chave para diagnosticar formas atípicas de XJ. Marcadores como CD68, fator XIIIa e vimentina são positivos.⁸

O prognóstico dos pacientes com XJ é favorável, com usual remissão espontânea entre 6 meses e 3 anos. Há a necessidade de observar, principalmente, se o paciente de XJ é também portador de NF1, já que a associação de ambas as doenças aumenta as chances da criança desenvolver LMCJ.^{1,8}

A NF1 incide em 1 a cada 2.500 crianças, o risco de desenvolvê-la é principalmente determinado por seu caráter hereditário (autossômico dominante) e, também, pela alta porcentagem de casos ocorridos por novas mutações (50%).⁵ Pacientes com NF1 apresentam falta de neurofibromina que é expressa nas células de Schwann, melanócitos, leucócitos e sistema nervoso central. A falta desta resulta em um aumento de RAS-GTP, que promove o crescimento excessivo das células, levando à tumorigênese. Seus portadores têm uma suscetibilidade maior para desenvolver tumores como feocromocitoma, sarcoma, melanoma, entre outras malignidades.⁶

O diagnóstico de NF1 em crianças é estabelecido pela clínica, normalmente na presença de 6 ou mais máculas café com leite maiores que 0,5 cm (imagem 2), 2 neurofibromas ou 1 neurofibroma plexiforme.⁸ O seguimento é complexo, devendo ser multidisciplinar, contemplando todos os sistemas afetados.⁵

Por fim, LMCJ é um tipo de doença mieloproliferativa que ocorre no início da infância, caracterizada pela proliferação de monócitos e granulócitos; a idade média de

incidência é 2 anos e a clínica mostra esplenomegalia, hepatomegalia e linfadenomegalia. Os pacientes podem apresentar febre, tosse e diminuição do ganho de peso.²

História familiar de NF1 foi encontrada em 85 a 95% dos pacientes portadores de LMCJ. 47% das crianças portadoras dessa neoplasia apresentam XJ e NF1 em associação. Acredita-se que a concomitância entre essas patologias aumente de 20 a 32 vezes a chance do aparecimento de LMCJ. Em suma, o achado de XJ e NF1 em uma criança, deve alertar o médico sobre um futuro aparecimento de leucemia.¹⁰ No caso apresentado, o quadro hematológico da criança permanece inalterado.

REFERÊNCIAS

1 - Ferrari F, Masurel A, Oliver-Faivre L, Vabres P. Juvenile Xanthogranuloma and Nevus anemicus in the Diagnosis of Neurofibromatosis type 1. *JAMA Dermatology* 2014; 150(1):42-46.

2- Jans SRR, Schomerus E, Bygun A. Neurofibromatosis Type 1 Diagnosed in a Child Based on Multiple Juvenile Xanthogranulomas and Juvenile Myelomonocytic Leukemia. *Pediatric Dermatology* 2014; 32(1):29-32.

3- Jans SR, Schomerus E, Bygum A. Neurofibromatosis type 1 diagnosed in a child based on multiple juvenile xanthogranulomas and juvenile myelomonocytic leukemia. *Pediatr Dermatol* 2015; 32(1):29-32.

4- Benessahraoui M, Aubin F, Paratte F, Plouvier E, Humbert P. Leucémie myélomonocytaire juvénile, xanthomes et neurofibromatose de type 1. *Arch Pediatr* 2003; 10(10):891-894.

5- Martins CL, Monteiro JP, Farias A, Fernandes R, Fonseca MJ. Neurofibromatose tipo 1 em idade pediátrica. O que vigiar? *Acta Med Port* 2007; 20:393-400.

6- Miraglia E, Moliterni E, Iacovino C, et al. Cutaneous manifestations in neurofibromatosis type 1. *Clin Ter* 2020; 171(5):371-377.

7-Cimino PJ, Gutmann DH. Neurofibromatosis type 1. *Handb Clin Neurol* 2018; 148:799-811.

8- Szczerkowska-Dobosz A, Kozicka D, Purzycka-Bohdan D, Biernat W, Stawczyk M, Nowicki R. Juvenile xanthogranuloma: a rare benign histiocytic disorder. *Postepy Dermatol Alergol* 2014; 31(3):197-200.

9- Liy-Wong C, Mohammed J, Carleton A, Pope E, Parkin P, Lara-Corrales I. The relationship between neurofibromatosis type 1, juvenile xanthogranuloma, and malignancy: A retrospective case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76(6):1084-1087.

10-Zvulunov A, Barak Y, Metzker A. Juvenile xanthogranuloma, neurofibromatosis, and juvenile chronic myelogenous leukemia. *World statistical analysis. Arch Dermatol* 1995; 131(8):904-908.

Miocardite com descompactação miocárdica: relato de uma apresentação rara e atípica

Isadora Dicher Reimão Curraladas¹; Ariane Fátima Furtado Luiz¹; Priscilla Brogni Pereira¹; Paulo Vinicius Ramos Souza².

¹Discentes do curso de Medicina da Unimes;

²Orientador docente do curso de Medicina da Unimes

Introdução:

A miocardite é caracterizada por uma resposta inflamatória do miocárdio, frequentemente em decorrência de uma agressão infecciosa primária, algumas vezes com sinais muito inespecíficos, o que dificulta o seu diagnóstico.¹ A miocardiopatia não compactada (MNC) é uma doença congênita, que resulta da falha na compactação do miocárdio entre a 5^o e a 8^o semana de vida embrionária.² As manifestações clínicas são variadas, de assintomáticos a sintomas de insuficiência cardíaca, arritmias e tromboembolismo.³

Relato:

Paciente feminino 53 anos, ex-tabagista e hipotireoideia, com queixa de dispneia aos moderados esforços, acompanhada de dispneia paroxística noturna e ortopneia. Apresentava sinais de congestão pulmonar sem sinais de má perfusão. Relatava que fora internada por 7 dias, com melhora do quadro após diureticoterapia, porém os sintomas retornaram no último mês. Trazia ecocardiograma com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 40% e hipocinesia difusa, e cateterismo sem lesões obstrutivas, ambos realizados no período em que esteve internada. Fora então otimizada a terapia medicamentosa para insuficiência cardíaca e solicitado ressonância magnética cardíaca (RMC). A paciente retorna com resultado da RMC: Diâmetros do VE 71x66mm, FEVE 30% com hipocinesia difusa mais acentuada em parede inferior, realce tardio multifocal inferosseptal basal, anterior médio, inferior médio e inferior apical, compatíveis com miocardite prévia. Presença de trabeculações em VE com índices limítrofes para não compactação miocárdica (2,3). Optado por iniciar anticoagulação com varfarina e iniciado rastreamento em familiares para pesquisa de MNC, o qual foi negativo.

Discussão:

Na RMC o padrão de distribuição do realce tardio na miocardite costuma ser multifocal mesocárdico, heterogênea e esparsa, não respeitando os territórios coronarianos.² O critério mais utilizado na RMC para o diagnóstico de MNC é a razão entre camada não compactada e compactada > 2,3.¹ Este critério possui baixa especificidade, havendo superestimulação do diagnóstico de MNC.¹ Neste caso, a paciente

apresenta alterações compatíveis com seqüela de miocardite, porém apresenta índice limítrofe de descompactação do VE, e uma vez que aos 53 anos nunca apresentou evento embólico ou arritmogênico prévios, e não possui histórico familiar de MNC, é racional que a não compactação do VE esteja relacionada a seqüela de miocardite, e não a doença congênita hereditária.

Apesar de atípica e rara, é possível que a miocardite tenha como seqüela a trabeculação e descompactação do VE.

Referências:

1. Rosa Leonardo Vieira da, Salemi Vera Maria Cury, Alexandre Leonardo Machado, Mady Charles. Miocardiopatia não compactada: uma visão atual. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2011 July [cited 2020 Dec 17] ; 97(1): e13-e19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000900021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066782X2011000900021>
2. Towbin, J. A. (2017). Left Ventricular Noncompaction Cardiomyopathy. Cardioskeletal Myopathies in Children and Young Adults, 153–171.
3. Engberding R, Stöllberger C, Ong P, Yelbuz TM, Gerecke BJ, Breithardt G. Isolated non-compactation cardiomyopathy. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(12):206-213. doi:10.3238/arztebl.2010.0206

Relato de caso de mumificação: estudo de fatores climáticos e ambientais

Catarina Salvador¹; Felipe Bajou¹; Giovanna Marcilio Santos¹; Paulo Peixoto do Nascimento¹; Taís Perondi Garrido¹, Guilherme Zanutto Cardillo²

1 - Acadêmico(a) do curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos;

2 - Médico Legista de I Classe do Instituto Médico Legal - SP. Docente de Medicina Legal na Academia de Polícia Civil do Estado de São Paulo.

Email: c_salvadorr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A mumificação consiste em um fenômeno abiótico transformativo conservador, que desacelera o processo de putrefação de um cadáver. Pode ocorrer de maneira artificial ou natural: no primeiro caso, os cadáveres são submetidos a diversas técnicas, desde a remoção dos órgãos até o embalsamamento, enquanto que no segundo caso, a mumificação acontece espontaneamente, devido às condições do meio ambiente que favorecem o fenômeno. ¹

Esse processo costuma ser demorado, podendo levar de semanas a meses, e para que ocorra são necessárias algumas condições. Em relação ao ambiente, são fatores determinantes: temperaturas elevadas em conjunto com baixa umidade e uma boa ventilação, resultando em uma rápida desidratação do cadáver, ou temperaturas extremamente baixas. Em ambos os casos, ocorre a inviabilização da reprodução bacteriana, responsável pela putrefação. Quanto à composição do solo, os mais arenosos e com pouca precipitação pluviométrica também favorecem a mumificação. Além disso, acontece com maior frequência em indivíduos magros e crianças, devido à menor quantidade de água e maior superfície de evaporação, fazendo com que o processo ocorra com mais facilidade. ^{1, 3, 4}

Quando mumificado, o cadáver tem seu volume e peso (de 50% a 70%) reduzidos. Na pele é possível observar um aspecto enrijecido, ondulado devido à redução das partes moles, com aparência de couro e coloração enegrecida, soando como cartão

ao toque. Já os tendões e músculos se transformam em fibras quebradiças. Ademais, algumas vezes a mumificação pode ocorrer somente em alguns segmentos do corpo, normalmente os de menor diâmetro, como as mãos e pés, ou também com os segmentos superiores de vítimas de enforcamento cujo corpo fique suspenso em ambiente com condições favoráveis^{1,2,3}. Como fenômeno cadavérico transformativo, o exame necroscópico apresenta características próprias no que tange a análise de eventuais lesões e o estabelecimento da *causa mortis*.

OBJETIVO

Relatar dois casos de mumificação natural que ocorreram em cidades litorâneas e relacioná-los com fatores ambientais que favorecem o desenvolvimento desse fenômeno.

METODOLOGIA

Os dados contidos nesse trabalho foram obtidos através de registros de ocorrência e fichas de custódia do cadáver.

RELATO DE CASO

CASO 1: BAIRRO CIDADE NÁUTICA - SÃO VICENTE

Corpo masculino de 71 anos de idade encontrado na cidade de São Vicente, em São Paulo, na região do bairro Cidade Náutica. O cadáver foi recebido pelo EPML da Praia Grande, também em São Paulo, no dia 02 de novembro do ano de 2019. O corpo foi encontrado em sua residência e estima-se que a data de sua morte tenha sido entre 02 de outubro de 2019 e 02 de novembro de 2019 (dia que o corpo foi encontrado).

CASO 2: BAIRRO ROMAR - PERUÍBE

Corpo feminino de 64 anos de idade encontrado caído no corredor interno do imóvel onde residia a vítima, na cidade de Peruíbe, em São Paulo, na região do bairro Romar. O cadáver foi recebido pelo IML no dia 12 de maio de 2020. Estima-se que a data da morte tenha sido entre o mês de outubro de 2019 e maio de 2020 (mês que o corpo

foi encontrado), uma vez que a testemunha relata que a vítima não respondia contato desde o mês de outubro de 2019.

DISCUSSÃO DE CASO

A mumificação pode ocorrer naturalmente se determinadas condições ambientais forem atendidas. Entre elas, o clima extremamente quente e seco, que favorece o fenômeno, uma vez que desidrata rapidamente o cadáver, impedindo que o processo de putrefação aconteça. ^{1,3}

Os casos apresentados anteriormente ocorreram nas cidades de São Vicente e Peruíbe, respectivamente. Enquanto o caso 1 deu-se predominante na primavera, o caso 2 abrange a primavera, verão e outono.

Segundo a meteorologia local, ficou registrado que durante os meses em que os casos ocorreram, a média da temperatura da cidade de São Vicente, entre outubro e novembro, variou de 16°C a 28°C, com máxima de 33°C. E na cidade de Peruíbe, entre outubro e maio, a média da temperatura variou de 16°C a 30°C, com máxima de 34°C.

Em ambos os casos, independente da época, os corpos foram submetidos a temperaturas extremamente elevadas. Não se sabe com exatidão quais eram as condições dos cadáveres dentro de suas residências, porém, a mumificação ocorreu naturalmente nos dois casos mesmo em cidades litorâneas, que possuem tendência a serem mais úmidas. Podemos concluir dessa maneira que ambos os corpos se mumificaram principalmente devido às condições extremamente quentes, que são características das cidades onde ocorreram.

No que tange a perinecropsia, não foram encontrados elementos indicativos de eventual crime. No exame necroscópico, não se observaram lesões sugestivas de morte por causa externa e, frente a idade, presume-se que a morte tenha ocorrido por causa natural.

REFERÊNCIAS

1. Flamínio F. **Medicina Legal**. 10 ed. Belo Horizonte, Itatiaia; 1975
2. Werner U, Spitz MD. **Medicolegal Investigation of Death: Guidelines for the Application of Pathology to Crime Investigation**. 4 ed. Charles C. Thomas Publisher; 2006.
3. Hercules HC. **Medicina Legal - Texto e Atlas**. 1 ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
4. Saukko P, Knight B. **Knight's Forensic Pathology**. 4 ed. CRC Press; 2015.

Implicação ético-penal em processos indenizatórios decorrentes de erro do profissional médico

Roberta Regina de Paula Tavares¹, Guilherme Zanutto Cardillo², Amanda Medeiros de Lucena³, Felipe Ballaris Silva³, Matheus Braga³, Milton Alves Silva³.

E-mail: ballarisfelipe@gmail.com

1. Palavras chave: 1. Erro 2. Médico 3. Instâncias 4. Julgadas 5. Sentenças.

2. Introdução

Os eventos adversos na área da saúde no Brasil têm sido historicamente denominados “erro médico”, embora o erro do profissional médico seja apenas uma das vertentes.

A responsabilização do médico pode ocorrer em diversas instâncias: administrativa institucional; administrativa junto ao órgão de classe (Conselho Regional de Medicina), cível e criminal.

Ainda que a esfera criminal exerça efeitos nas demais instâncias, nas situações de erro profissional nem sempre tramitam processos nas duas esferas judiciais (cível e criminal).

A Comarca de Santos – SP, município no Estado de São Paulo, com população de 427.673 (janeiro/2019 – Fundação SEADE) é o centro administrativo ¹ da

¹ Bacharel em Direito pela ESAMC e advogada; pós-graduanda em Direito da Medicina pela Faculdade Legale; pós-graduada em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra.

² Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Master in medicina legale e danno allapersona pela UNICUSANO – Roma; pós-graduado em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra. Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas pela ABPML; Especialista em Medicina do Trabalho pela ANAMT; pós-graduado em Higiene Ocupacional Aplicada – Senac; Médico-Legista do Instituto Médico Legal do Estado de São Paulo; Docente de medicina legal na Academia de Polícia Civil do Estado de São Paulo; Perito Judicial Cível e Trabalhista.

³ Graduando de Medicina. Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

macrorregião da baixada santista (com população de 1.814.949 habitantes – 4,09% da população do Estado de São Paulo), concentrando assistência médica a população por intermédio de oito hospitais de grande porte.

A partir de 2015, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo vem envidando esforços para que todos os processos sejam digitais⁴. Por intermédio do portal eletrônico do TJ, foi feito levantamento de todas as sentenças disponíveis no TJ até dezembro de 2018, contendo o indicador de assunto “erro médico”, para avaliar a influência na esfera cível de processos por erro médico transitados na instância penal e/ou administrativa (processo ético-profissional junto ao Conselho Regional de Medicina).

Com base no assunto "erro médico" em julgados de primeiro grau da comarca de Santos disponibilizadas até dezembro de 2018, foram localizadas 129 sentenças com os critérios aplicados, sendo procedida análise e compilação dos dados [1].

3. Objetivo primário

Analisar o processo de denúncia e julgamento de casos de má conduta profissional.

4. Metodologia

Revisão bibliográfica do tema usando como ferramenta dados do CREMESP.

5. Resultados

Das 129 sentenças de primeiro grau da Comarca de Santos contendo “erro médico” na categoria “assunto”, foram excluídas sentenças que não versavam propriamente sobre a matéria (tais como cumprimento de sentença, requisição de menor valor, impugnação de justiça gratuita, dentre outros).

Em dois processos não se obteve acesso por se tratar de processos com segredo de justiça. Um processo foi excluído pelo fato do autor ter faltado à perícia. Três processos se referiam a execução de sentença e sete sobre impugnação de justiça gratuita. Destaca-se que, em ambos os casos, tais processos tinham

numeração diferente da numeração do processo original. Em apenas um processo fora feita produção antecipada de prova, tendo sido ajuizada ação indenizatória, a qual resultou procedente.

Dos processos remanescentes, dois processos foram relacionados a fornecimento de medicamentos; três associados a procedimentos atinentes a convênio médico; um sobre troca de exames e dois relacionados a procedimentos estéticos não médicos (bronzamento artificial e rotura de prótese mamária).

Um processo decorre de procedimentos veterinários; um versa sobre complicação de procedimento de enfermagem e outro atinente à enfermagem sobre alta de paciente.

Dos 87 processos que efetivamente versam sobre a medicina, em quatro processos houve acordo, sendo considerados procedentes 16 casos em primeira instância e 71 dos casos, julgados como improcedentes.

Das especialidades médicas:

Especialidade médica	Casos	%
Ginecologia e obstetrícia	13	18,31
Ortopedia	11	15,49
Cirurgia plástica	8	11,27
Pronto socorro	8	11,27
Cirurgia geral	5	7,04
Anestesia	3	4,23
Pediatria	3	4,23
Oftalmologia	2	2,82
Radioterapia	2	2,82
Urologia	2	2,82

Vascular	2	2,82
Cirurgia aparelho digestivo	1	1,41

Cirurgia pediátrica 1 1,41

Endoscopia	1	1,41
Gastroenterologista	1	1,41
Infecto	1	1,41
Medicina do Trabalho	1	1,41
Neonatalogista	1	1,41
Neurocirurgia	1	1,41
Oncologia	1	1,41
Patologia	1	1,41
Radiologia	1	1,41
Terapia intensiva	1	1,41
Total	71	100,00

Tabela 1. Especialidades mais acometidas:

Fonte: Tribunal de Justiça – Comarca Santos

No que tange à perícia médica, em 51 casos foi feita pelo IMESC; 11 por peritos privados e nos demais casos não demandou perícia médica. No que tange ao IMESC, a perícia é direcionada para este órgão pericial público pelo fato do reclamante ser beneficiário de justiça gratuita; contudo, em um caso, observou-se que a perícia fora feita pelo IMESC e o requerente pagou o para os cofres públicos o valor pertinente.

Em todos os processos eletrônicos, não houve decretação de sigilo do prontuário médico; em dois processos houve comunicação com esfera administrativa (processo ético-profissional no CRM) e um na esfera criminal.

No que tange a indenização, as quantias mais vultuosas alcançaram a anesthesiologia, com 100% de ações consideradas procedentes, além de custeio de pensão vitalícia. Na sequência, segue a ginecologia-obstetrícia, contudo, com montante indenizatório mais inferior.

6. Discussão

De acordo com os dados da tabela 1 percebe-se que as especialidades médicas com maior quantidade de casos são relacionadas aos problemas e necessidades de saúde de maior incidência na população como ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia e cirurgia plástica [2].

No geral, 35% dos processos que chegam ao CREMESP estão relacionados a suposta má prática profissional podendo incluir denúncias de mau resultado involuntário, falhas estruturais do serviço de saúde, falta de equipamentos clínicos, resultado considerado insatisfatório pelo paciente e aos limites da medicina e ciência. O restante das denúncias (65%) está relacionado a condutas inadequadas envolvendo relação médico-paciente, omissão de socorros, assédio sexual e outros [3].

As denúncias, após chegarem ao CREMESP entram no período de sindicância em que ocorre análise dos fatos, coleta de provas e audiências. Se houver descumprimento de algum artigo do Código de Ética Médica ocorre instauração do processo ético profissional e inicia a instrução do processo. Dos anos de 2000 a 2006 houve aumento em 120% dos processos, sendo 33% transformadas em processos contra os médicos e 67% arquivadas pela ausência de provas ou não constatação de infração ética. Os dados supracitados não são absolutos, devido a amostragem ser limitada a uma certa região do estado e período, porém são um indicativo [4].

Sobre as penalidades aplicadas, caso sejam culpados, receberão uma das cinco penas disciplinares aplicáveis pela Lei por ordem de gravidade: advertência confidencial em aviso reservado, censura confidencial em aviso reservado, censura pública em publicação oficial, suspensão do exercício profissional por até 30 dias e cassação do exercício profissional (gráfico 1).

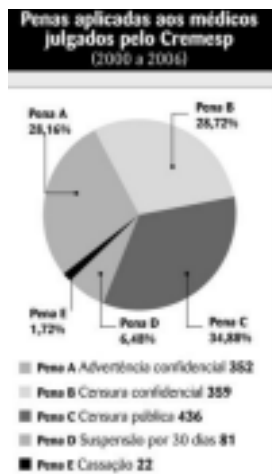


Gráfico1. Penas aplicadas aos médicos julgados pelo Cremesp.

Fonte: Especialidades médicas com mais denúncias [Internet]

Diante deste cenário, a criação de uma vara especializada em erro médico seria de grande importância, pois, por mais competente que seja o juiz é impossível que ele domine múltiplas áreas do direito, cabendo a ele julgar desde processos tributários, desapropriações, até erros médicos. Portanto, a criação de uma vara especializada é essencial, principalmente nas comarcas de maior porte, como por exemplo, nas macrorregiões do estado, devido ao grande número de hospitais e profissionais de saúde.

7. Considerações finais

Nesse trabalho, foi feita uma análise de uma parcela de denúncias específicas da comarca de Santos e gerais do CREMESP e percebeu-se que todas abrangem diversas instâncias e devido a não existência de varas especializadas são julgadas com outros casos que não envolvem o âmbito médico, resultando em menor propriedade nas decisões.

Referências

[1] Erro médico: Comarca de Santos [Internet]. Santos: TJSP; 2019 [revised 2020 Dec 17; cited 2020 Dec 26]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/29684040/comarca-de-santos-do-tjsp>

[2] Guia relação médico paciente: Especialidades médicas com mais denúncias [Internet]. [place unknown]; 2015. Especialidades médicas com mais denúncias; [cited 2020 Dec 18]; Available from: www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=21

[3] Sala de Imprensa [Internet]. [place unknown]; 2007 Oct 09. Cremesp apresentou estudo sobre denúncias e processos contra médicos.; [cited 2020 Dec 18]; Available from: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=SaladeImprensa&acao=sala_imprensa&id=185

[4] Denúncias e processos relacionados ao exercício profissional da medicina no Estado de São Paulo no período de 2000 a 2006 [Internet]. [place unknown]; 2007 Oct 09 [cited 2020 Dec 18]. Available from: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/sala_imprensa/arquivos/denuncias_cremesp.pdf

Neurotuberculose em paciente de origem imuno comprometida desconhecida

Maria Eduarda Oliveira Onuki¹; Carolina Narita¹; Fábio Ragazzi¹; Fernanda Stoffel Covolan¹; Isadora Mendonça de Alcântara Coelho¹; Danilo Luiz Marques de Carvalho²; Gelvana Flávio Barreto Reis³; Sérgio Feijoo Rodrigues³.

1- Aluno de Graduação em Ciências Médicas da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)/ e-mail: eduardaonuki@yahoo.com.br; carol_narita@hotmail.com; fabioragazzipaula@gmail.com; fernandascovolan@gmail.com; isadoradealcantara@gmail.com.

2- Orientador responsável; médico infectologista do hospital Santa Casa de Santos/ e-mail: daniomarques0@hotmail.com

3- Médico (a) infectologista do hospital Santa Casa de Santos/ e-mail: gelvana_infectos@yahoo.com.br; sergiofeijoo@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A neurotuberculose é uma manifestação grave e rara, causada pela disseminação hematogênica do *mycobacterium tuberculosis* a partir de uma infecção pulmonar primária¹.

Clinicamente se manifesta com febre, cefaleia, sinais meníngeos, confusão mental, convulsões, papiledema e distúrbios cognitivos¹. Pode ocorrer sob forma de meningite, tuberculomas intracranianos, abscessos e aracnoidite tuberculosa espinhal¹. Apresenta maior incidência em crianças, indivíduos co-infectados com HIV e adultos que fazem uso de medicamentos imunossupressores².

O diagnóstico implica na instituição imediata do tratamento tuberculostático e o uso de corticosteróides, observando-se melhora do quadro clínico naqueles pacientes que desenvolvem hipertensão intracraniana ou cuja lesão gera um importante efeito de massa³. Durante a terapia farmacológica, a involução das lesões costuma ser lenta e não necessariamente representa uma resistência medicamentosa³.

OBJETIVO

Relatar um caso de um paciente com neurotuberculose sem imunossupressão confirmada no serviço de infectologia da Santa Casa de Santos em agosto de 2020.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi baseado nas informações do prontuário, registros fotográficos de exames que o paciente foi submetido e revisão de literatura.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE:43189021.6.0000.5509.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 69 anos, natural e procedente de Santos, com histórico de cefaleia progressiva há 3 meses e febre esporádica. Deu entrada em julho/2020 com episódios de crise convulsiva tônico-clônico generalizada, incontinência urinária e diminuição da força a direita e nega ter antecedentes de tuberculose.

Foi solicitado ressonância magnética com contraste que evidenciou lesões encefálicas multifocais com edema, predominando à esquerda, no qual podem estar relacionadas à etiologia inflamatória ou infecciosa. Devido o edema cerebral, foi determinado o uso de dexametasona.

A tomografia (TC) de tórax demonstra um nódulo irregular no segmento lateral do lobo médio medindo 0,9 cm, com discretas estrias no ápice pulmonar direito, áreas de retração parenquimatosa em lobos superior direito e inferior esquerdo e bandas parenquimatosas no segmento basal posterior.

Foi indicado a biopsia esterotáxica de múltiplas lesões no hemisfério direito no qual realizou-se exame imunohistoquímico.

Paciente retorna em setembro/2020, com diminuição do nível de consciência, sonolência, confusão mental, desvio de rima, afasia e disfagia associada a hemiplegia flácida direita. Foi internado aos cuidados do serviço de neurocirurgia onde foi realizado TC de crânio sem contraste no dia 9, que apresentou duas formações ovaladas hipoatenuantes, na região occipital e parietal à esquerda, medindo respectivamente, 2,2 cm e 3,8 cm, o que causa colabamento do sistema ventricular e discreto desvio da linha média à direita. Após um contraste, essas formações mostram múltiplos realces anelares.

Em seguida, a sintomatologia, TC de crânio e tórax levaram a suspeita de metástase cerebral.

Foi analisado o resultado da imunohistoquímica, evidenciando presença de necrose supurativa e de estruturas puntiformes e baciloscopia positiva para micobactérias em meio ao exsudato neutrofílico, com proliferação de células inflamatórias, principalmente de histiócitos mononucleares e discreta reatividade glial. Durante a internação, não foi constatado imunossupressão nos exames, entretanto, manifestou-se quadro de candidíase oral. Devido as lesões do paciente, foi executado craniotomia parietal esquerda.

Com o resultado da imunohistoquímica foi feita a hipótese diagnóstica de neurotuberculose, e iniciou-se o tratamento farmacológico com coxip 4 associado à dexametasona. Ademais, depois da introdução de medicação e a craniotomia, foi feita uma nova TC de crânio, onde permanecem as lesões no compartimento

supratentorial com diminuição do edema e do desvio de linha média. Após o a introdução do tratamento, o paciente apresentou melhora clínica e recebeu alta hospitalar para concluir seu tratamento ambulatorialmente.

DISCUSSÃO

A neurotuberculose representa a tuberculose extrapulmonar mais grave, devido a suas altas taxas de mortalidade e possíveis complicações neurológicas¹. O paciente se apresentou imunocompetente durante a investigação, entretanto, é possível presumir que havia imunossupressão de origem desconhecida devido a candidíase oral.

A biópsia estereotáxica pode ser útil em casos de suspeitas de tuberculomas¹. No exame imunohistoquímico, o achado de necrose supurativa é o mais comum, porém, o predomínio de histiócitos mononucleares, exsudato neutrófilico com micobactérias bacilares e puntiformes e discreta reatividade glial também são achados frequentes de granulomas caseosos¹.

As características radiológicas são importantes para o diagnóstico de neurotuberculose. Em adultos, as lesões são circundadas por edema, localizadas em lobos frontais e parietais no compartimento supratentorial². Os edemas encontrados nas TC são vistos hipoatenuados e atestam o estágio da lesão. Geralmente a necrose caseosa central dos tuberculomas aparece hipodensa². Assim, as lesões presentes no caso são sugestivas a etiologia tuberculosa.

Antes do diagnóstico de neurotuberculose, a primeira hipótese diagnóstica feita foi de metástase cerebral. Baseado na literatura, os tuberculomas podem se manifestar clinicamente como tumores cerebrais e apresentam padrões radiológicos semelhantes, o que traz a dúvida durante a investigação⁴.

No caso apresentado, realizou-se TC de tórax que mostra características peculiares de cicatrização das lesões tuberculosas, podendo presumir que o paciente manifestou uma tuberculose latente, justificando a negação de histórico de tuberculose⁵.

A terapia antituberculosa deve ser inserida precocemente após uma grande suspeita

clínica, ao invés de esperar um diagnóstico mais preciso¹. O ministério da saúde indica o uso da associação de quatro drogas (150 mg de rifampina, 75 mg de isoniazida, 400 mg de pirazinamida e 275 mg de etambutol), com o esquema 2RHZE/4RH¹. Em casos de tratamento de neurotuberculose, é adicionado o uso de corticosteroide oral como prednisona, na dose 1-2 mg/kg/dia por 4 semanas ou de corticosteroide intravenoso como dexametasona, na dose 0,3-0,4 mg/kg/dia, por 4 a 8 semanas¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Leonard JM. Central Nervous System Tuberculosis. *Microbiol Spectr*. 2017;5(2).
- 2- Bernaerts A, Vanhoenacker FM, Parizel PM, Van Goethem JW, Van Alena R, Laridon A, et al. Tuberculosis of the central nervous system: overview of neuroradiological findings. *Eur Radiol*. 2003;13(8):1876-90.
- 3- Pimentel ML, Alves SM, Novis SA, Brandão RZ, Belo Neto E. [Intracranial tuberculomas developing during treatment of pulmonary tuberculosis: case report]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(2B):572-7.
- 4- Alves AFF, Miranda JRA, Reis F, de Souza SAS, Alves LLR, Feitoza LM, et al. Inflammatory lesions and brain tumors: is it possible to differentiate them based on texture features in magnetic resonance imaging? *J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis*. 2020;26:e20200011.
- 5- Bombarda S, Figueiredo CM, Funari MBG, Júnior JS, Seiscento M, Filho MT. Imagem em tuberculose pulmonar. *Jornal Brasileiro de Pneumonia*. 2001 Jun 16;27(6):329-340.

Palavras-chave: neurotuberculose; metástase; tomografia.

Obesidade como fator agravante em paciente jovem com COVID-19

Danilo Luiz Marques de Carvalho¹, Giovanna Flávio Barreto Reis², Sérgio Feijoo Rodriguez², Bárbara Redondo Shinoda³, Carolina Narita³ Gabriela Carnevalle Mussi³, Giovana Reis de Abreu Ribeiro³, Mariana Leme Braga³, Sabrina Ferreira³, Sofia Fernandez Cabrera Rangel³

- 1- Orientador responsável; médico infectologista do hospital Santa Casa de Santos/
e-mail: danilomarques0@hotmail.com
- 2- Médico (a) infectologista do hospital Santa Casa de Santos/ e-mail:
gelvana_infectos@yahoo.com.br; sergiofeijoo@hotmail.com.
- 3- Aluno de Graduação em Ciências Médicas da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)/ e-mail: barbara_redondo@hotmail.com ;
carol_narita@hotmail.com ; mussigabriela00@gmail.com ;

giovanareisaribeiro@gmail.com ; mariana.lemebraga@hotmail.com ;
sabrinaferreir498@gmail.com ; sofiarangel182@gmail.com

1. PALAVRAS-CHAVE : Covid-19; Obesidade; Paciente jovem; Agravante

2. OBJETIVO

Relatar o caso de uma paciente obesa com quadro clínico de COVID-19 que se agravou rapidamente, destacando a obesidade como fator agravante, atendida pelo serviço de infectologia da Santa Casa de Santos (SCMS) entre outubro e novembro de 2020.

3. METODOLOGIA

As informações foram obtidas através do prontuário do paciente e da revisão da literatura na base de dados Scielo, PubMed e Google Scholar.

4. INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo Sars-Cov-2. A contaminação ocorre por meio de gotículas e aerossóis expelidos através de espirros, tosse, fala e respiração do indivíduo contaminado⁵ ou ao tocar em superfícies e objetos contaminados⁶. Os primeiros sintomas surgem entre o segundo e décimo quarto dia após a infecção, possuindo como média cinco dias^{2,3} no qual os pacientes podem ser assintomáticos ou possuir quadros de febre, tosse, dor de garganta, hiporexia, cefaleia, náuseas, anosmia/hiposmia, ageusia, fadiga, mialgia, dispneia, dor torácica, sintomas gastrointestinais¹, podendo evoluir para quadros de insuficiência respiratória aguda grave (IRAG). A maioria dos pacientes com menos de 50 anos e que não possuem comorbidades geralmente evoluem bem porém pessoas com mais de 60 anos e que possam comorbidades, como a obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) possuem um risco maior de evoluir com a forma grave. Os principais achados de exame na tomografia computadorizada (TC) de tórax são opacidades em vidro fosco, pavimentação em mosaico, consolidações, opacidades reticulares, linhas

subpleurais, sinal do halo invertido e espessamento pleural⁴, porém não são exclusivos da doença.

5. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 37 anos, deu entrada no PS dia 23 de outubro com queixa de náusea, mal estar e tosse seca há 3 dias. De antecedente pessoal possuía obesidade mórbida ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$). Foi diagnosticada com IVAS e solicitado RT-PCR para Sars-Cov-2, recebendo alta com orientação. Após 4 dias retornou de ambulância com quadro de IRAG e história de dispneia, febre, desconforto abdominal, se apresentava taquidispneica e SatO₂ 92% em uso de cateter nasal a 3L/min. Possuía alteração laboratorial significativo do D-Dímero: 1212,8 e PCR:4,90, Gasometria arterial: PO₂:110; PCO₂ 41 e PO₂/PCO₂: 282. Foi internada aos cuidados do serviço de infectologia onde foi diagnosticado a COVID-19 e iniciado o protocolo vigente com Enoxaparina 40-80mg, Azitromicina 500mg por 5 dias, Ceftriaxona sódica 500mg por 7 dias e Metilprednisolona 125mg por 5 dias.

Solicitado TC de torácax que evidenciou alterações pulmonares bilaterais de aspecto inflamatório agudo (atenuação em vidro fosco difusa) acometendo mais que 50% do parênquima pulmonar.

Dia 28 de outubro a paciente agravou, evoluindo com SatO₂ < 90% em uso de máscara não reinalante a 15l/min, taquidispneica com uso de musculatura acessória e frequência respiratória de 28 irpm, sendo optado por realizar IOT para estabilização clínica. Apresentava D-dímero:1145,4; PCR: 12,30 e gasometria arterial: PH:7,35/PCO₂ 49,8 E PO₂ 55,4. Foi transferida para a UTI onde permaneceu em estado gravíssimo, sendo realizada diversas manobras de pronação e supinação, onde apresentou boa resposta dos parâmetros respiratórios.

Dia 05 de novembro foi realizada a extubação sem intercorrências e possuía D-dímero: 2341 e PCR:0,70. Após dois dias depois teve alta da UTI sendo encaminhada para a enfermaria, onde evoluiu com progressiva melhora até o dia 11 de novembro quando recebeu alta hospitalar.

6- DISCUSSÃO

O SARS-COV-2 se liga ao receptor de enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2), presente nas células do pulmão, coração, tecido adiposo, renal e gastrointestinal, resultando em uma hiper inflamação⁷, levando os pacientes obesos com COVID-19 a ter muitas complicações. Além disso, a infecção do vírus é facilitada pois se liga ao receptor transmembrana CD147, que tem sua expressão mediada por elevados IMC e concentrações de glicose.⁶

No caso apresentado, a TC de tórax retratou atenuação em vidro fosco difusa, condizente com a literatura.⁴

No paciente obeso, a deposição ectópica de tecido adiposo gera uma sobrecarga cardíaca prejudicando a função pulmonar. Concomitante com a elevada chance de ocorrência de eventos trombóticos e que se torna ainda mais aumentada na presença do vírus⁴, por isso o risco de agravos e de morte por COVID-19 é até quatro vezes maior em pessoas com obesidade⁷

Há uma correlação entre a obesidade e as complicações por infecções virais, evidenciado em 2009, quando 67% dos pacientes graves com H1N1 tinham obesidade de grau 3 (IMC ≥ 40 kg/m²).⁷ Portanto, a população com obesidade deve ser observada com mais atenção, desde o começo dos sintomas, nos casos de infecções virais, como a da COVID-19.

7- REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. ATUALIZAÇÕES E RECOMENDAÇÕES SOBRE A COVID-19. Infectologia.org.br. 2020. Disponível em: <https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2020/12/atualizacoes-e-recomendacoes-covid-19.pdf>. Acesso em 20 dezembro de 2020
2. Quesada JA, López-Pineda A, Gil-Guillén VF, Arriero-Marín JM, Gutiérrez F, Carratala-Munuera C. **Período de incubación de la COVID-19: revisión sistemática y metaanálisis [Incubation period of COVID-19: A systematic review and meta-analysis]**. Rev Clin Esp. 2020 Oct 1. Spanish. doi:

- 10.1016/j.rce.2020.08.005. Epub ahead of print. PMID: 33024342; PMCID: PMC7528969. Acesso em 22 de dezembro de 2020
3. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, Azman AS, Reich NG, Lessler J. **The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application.** *Ann Intern Med.* 2020 May 5;172(9):577-582. doi: 10.7326/M20-0504. Epub 2020 Mar 10. PMID: 32150748; PMCID: PMC7081172. Acesso em 20 de dezembro de 2020
 4. Meirelles Gustavo de Souza Portes. COVID-19: uma breve atualização para radiologistas. *Radiol Bras [Internet].* 2020 Oct [cited 2020 Dec 22] ; 53(5): 320-328. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842020000500009&lng=en. Epub Oct 02, 2020. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.0074>. Acesso em: 20 de dezembro de 2020
 5. FRANCO, Bernadette Dora Gombossy de Melo; LANDGRAF, Mariza; PINTO, Uelinton Manoel. **Alimentos, Sars-CoV-2 e Covid-19: contato possível, transmissão improvável.** *Estud. av.,* São Paulo , v. 34, n. 100, p. 189-202, Dec. 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000300189&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de dezembro de 2020. Epub Nov 11, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.012>. Acesso em: 20 de dezembro de 2020
 6. Silva J. N. da. (2020). OBESIDADE E COVID-19: QUAIS AS EVIDÊNCIAS?. *Revista Artigos. Com,* 21, e5346. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/5346>. Acesso em: 17 dec. 2020
 7. Bolsoni-Lopes, A.; Furieri, L.; Alonso-Vale, M. I. C. Obesidade e a covid-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1512/version/1611>. Acesso em: 17 dez. 2020

8. Moreira, G. S.; Reis, L. B. de S. M. ; Freire, P. B. Obesidade e Agravamento da COVID-19. Health Residencies Journal, v. 1 n. 6 (2020): A continuidade do ensino, da atenção e pesquisa em saúde no contexto da SARSCOV-2. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/27>. Acesso em: 17 dez. 2020

Processos no Tribunal de Justiça: Relação Criminal, Civil e CRM

GUILHERME ZANUTTO CARDILLO¹, ALEXANDRE CATENA VOLPE², CAROLINA NARITA², ISADORA MENDONÇA DE ALCANTARA COELHO²

1 - MÉDICO PELA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; MASTER IN MEDICINA LEGALE E DANNO ALLA PERSONE PELA UNICUSANO – ROMA; PÓS GRADUADO EM DIREITO DA MEDICINA PELA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. ESPECIALISTA EM MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS PELA ABPML; ESPECIALISTA EM MEDICINA DO TRABALHO PELA ANAMT; PÓS GRADUADO EM HIGIENE OCUPACIONAL APLICADA – SENAC; MÉDICO-LEGISTA DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DO ESTADO DE SÃO PAULO; DOCENTE DE MEDICINA LEGAL NA ACADEMIA DE POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO; PERITO JUDICIAL CIVIL E TRABALHISTA; COORDENADOR DE ATIVIDADES PRÁTICAS DA LIGA ACADÊMICA DE MEDICINA LEGAL DA UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS. / E-MAIL: GZCARDILLO@GMAIL.COM

2 - ACADÊMICO (A) DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS (UNIMES) / E-MAIL: ALEXANDRE_VOLPE@HOTMAIL.COM ; CAROL_NARITA@HOTMAIL.COM ; ISADORADEALCANTARA@GMAIL.COM

SANTOS

2020

1. PALAVRAS-CHAVE

PROCESSOS MÉDICOS; PROCESSOS CRM; ERRO MÉDICO; CÍVIL; CRIMINAL; CONDENAÇÃO MÉDICA; ÉTICA.

2. INTRODUÇÃO

NO BRASIL DENOMINAMOS "ERROS MÉDICOS" PROCESSOS RELACIONADOS A EVENTUAIS ADVERSIDADES DENTRO DO ÂMBITO DA SAÚDE. TAIS PROCESSOS PODEM TRANSITAR EM QUALQUER ÁREA DO DIREITO, BASEANDO-SE NAS ESFERAS QUE RESPONDEM A CONSTITUIÇÃO NACIONAL - CRIMINAL, CÍVEL OU ADMINISTRATIVA. EMBORA A DENOMINAÇÃO "ERRO MÉDICO", POPULARMENTE SE ARTICULE COLOCANDO A CARREIRA MÉDICA COMO RESPONSÁVEL POR TAL SITUAÇÃO, É NECESSÁRIO UM CORRETO ENTENDIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE AS ESFERAS DA JUSTIÇA, QUAL VERTENTE PROCESSUAL RESPONDE A ADVERSIDADE EM QUESTÃO E QUEM

DEVE RESPONDER DIRETAMENTE PELO ATO COMETIDO.

A COMPREENSÃO DO PAPEL INDIVIDUAL DAS ESFERAS JUDICIAIS É PRIMORDIAL NESSES CASOS. É ESSENCIAL ENTENDER A FUNÇÃO DE CADA UMA DE MANEIRA ISOLADA PARA PODER AVALIAR O REFLEXO DESTAS EM DECORRÊNCIA DAS ADVERSIDADES NO ÂMBITO DE SAÚDE. AS RESPONSABILIDADES DO MÉDICO, HOSPITAL E DOS PLANOS DE SAÚDE SÃO VISTAS SEPARADAMENTE, BEM COMO OS MECANISMOS INDENIZATÓRIOS¹.

SABEMOS QUE NO BRASIL, DESTACAM-SE OS PROCESSOS QUE TRANSITAM NA ESFERA CIVIL - REFERINDO-SE AO DANO DE ORDEM PESSOAL, OU SEJA, CONTRA ALGUÉM, SEJA ESTE COMETIDO POR OUTRO INDIVÍDUO OU MESMO DE MANEIRA INSTITUCIONAL. É PRECISO COMPREENDER QUE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA APRESENTA PAPEL DE APURAÇÃO ESTRITAMENTE RELACIONADO AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, SEM RESPONDER AO JUDICIÁRIO. DESTA FORMA, A CONDENAÇÃO OCORRE DE MANEIRA PARTICULAR E CADA ESFERA POSSUI INDEPENDÊNCIA E AUTONOMIA E NÃO NECESSARIAMENTE IRÁ CULMINAR NA RESTRIÇÃO DO DIREITO DE EXERCER A MEDICINA SEJA TEMPORÁRIO OU DEFINITIVO³.

COM BASE NO ASSUNTO “ERRO MÉDICO”, EM JULGADOS DE PRIMEIRO GRAU DA COMARCA DE SANTOS DISPONIBILIZADOS ATÉ DEZEMBRO DE 2018, FORAM LOCALIZADAS 129 SENTENÇAS COM OS CRITÉRIOS APLICADOS, SENDO PROCEDIDA A ANÁLISE E COMPILAÇÃO DOS DADOS.

A COMARCA DE SANTOS – SP, MUNICÍPIO NO ESTADO DE SÃO PAULO, COM UMA POPULAÇÃO DE 427.673 PESSOAS, SEGUNDO DADOS DE JANEIRO DE 2019 DA FUNDAÇÃO SEADE, CONCENTRA A ASSISTÊNCIA MÉDICA POR INTERMÉDIO DE OITO HOSPITAIS DE GRANDE PORTE COM UM PERCENTUAL DE 77,70% DOS MÉDICOS REGISTRADOS NA BAIXADA SANTISTA, DE ACORDO COM ESTUDOS DEMOGRÁFICOS DO CREMESP NO ANO DE 2012³.

3. OBJETIVO

APRESENTAR AS IMPLICAÇÕES MÉDICAS LEGAIS NA ÁREA CIVIL, PENAL E

ÉTICA DO EXERCÍCIO MÉDICO NO BRASIL, BEM COMO ANALISAR DADOS DAS SENTENÇAS PROFERIDAS NA COMARCA DE SANTOS ATÉ DEZEMBRO DE 2018.

4. METODOLOGIA

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DO TEMA USANDO COMO FERRAMENTA DE PESQUISA OS INDEXADORES GOOGLE ACADÊMICO, PUB MED E SCIELO, LIVROS DE MEDICINA LEGAL E O SITE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. AS PALAVRAS CHAVES UTILIZADAS FORAM *PROCESSOS MÉDICOS; PROCESSOS CRM; ERRO MÉDICO; CÍVIL; CRIMINAL; CONDENAÇÃO MÉDICA; ÉTICA*. FOI REALIZADO UMA ANÁLISE E COMPILAÇÃO DE DADOS DE 129 SENTENÇAS PROFERIDAS NA COMARCA DE SANTOS, NO ESTADO DE SÃO PAULO, COM O ASSUNTO “ERRO MÉDICO”.

5. RESULTADOS

DAS 120 SENTENÇAS DE PRIMEIRO GRAU DA COMARCA DE SANTOS CONTENDO O MARCADOR “ERRO MÉDICO” NA CATEGORIA “ASSUNTO”, FORAM EXCLUÍDAS AS SENTENÇAS QUE NÃO VERSAVAM PROPRIAMENTE SOBRE A MATÉRIA⁴.

EM DOIS PROCESSOS NÃO SE OBTIVE ACESSO POR SE TRATAR DE PROCESSOS COM SEGREDO DE JUSTIÇA. UM PROCESSO FOI EXCLUÍDO PELO FATO DO AUTOR TER FALTADO À PERÍCIA. TRÊS PROCESSOS SE REFERIAM A EXECUÇÃO DE SENTENÇA E SETE SOBRE IMPUGNAÇÃO DE JUSTIÇA GRATUITA⁴.

EM OUTRO PROCESSO, FOI CATEGORIZADO COMO ERRO MÉDICO, CONTUDO, TRATA-SE DE AÇÃO DIVERSA À ÁREA DA SAÚDE. DOS PROCESSOS REMANESCENTES, DOIS PROCESSOS FORAM RELACIONADOS A FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS; TRÊS ASSOCIADOS A PROCEDIMENTOS ATINENTES A CONVÊNIO MÉDICO; UM SOBRE TROCA DE EXAMES E DOIS

RELACIONADOS A PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS NÃO MÉDICOS (BRONZEAMENTO ARTIFICIAL E ROTURA DE PRÓTESE MAMÁRIA).

UM PROCESSO DECORRE DE PROCEDIMENTOS VETERINÁRIOS; UM VERSA SOBRE COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM E OUTRO ATINENTE À ENFERMAGEM SOBRE ALTA DE PACIENTE; SEIS SOBRE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: EM TODOS ESSES CASOS, AS AÇÕES FORAM PROCEDENTES.

DOS 87 PROCESSOS QUE EFETIVAMENTE VERSAM SOBRE A MEDICINA, EM QUATRO PROCESSOS HOUVE ACORDO, SENDO CONSIDERADOS PROCEDENTES 16 CASOS EM PRIMEIRA INSTÂNCIA E 71 DOS CASOS, JULGADOS COMO IMPROCEDENTES⁴.

6. DISCUSSÃO

A ESFERA CIVIL É AQUELA QUE TANGE A NECESSIDADE DE COMPENSAR UM ERRO EVENTUAL, SURGE A PARTIR DA NOÇÃO DO DIREITO NATURAL E SE ESTABELECE NOS TEMPOS MAIS ANTIGOS ATÉ MESMO QUE A PRÓPRIA PRÁTICA MÉDICA. NOS TEMPOS MODERNOS A RETRATAÇÃO PARA QUANDO SE DESCUMPRE O DIREITO CIVIL TEM NATUREZA INDENIZATÓRIA. ANALISANDO OS PROCESSOS RELATIVOS A ADVERSIDADES NO CAMPO DA SAÚDE NO BRASIL, É POSSÍVEL OBSERVAR UMA FORTE TENDÊNCIA DE PROCESSOS QUE TRAMITAM NA ESFERA CIVIL¹.

É IMPORTANTE PONTUAR, INICIALMENTE, QUE AUTONOMIA DO PACIENTE É UM PRINCÍPIO BASE PARA QUALQUER AÇÃO MÉDICA, SENDO ASSIM, O PACIENTE É AQUELE QUE DEVE RESPONDER POR AUTORIZAR OU NÃO A CONDUTA ESCOLHIDA PELO PROFISSIONAL³. SENDO DEVER DO PROFISSIONAL ESCLARECER TODAS A DÚVIDAS, DEIXANDO O PACIENTE TOTALMENTE INFORMADO DE QUALQUER AÇÃO, POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES OU MESMO REAÇÕES ADVERSAS, COM UMA LINGUAGEM CLARA E OBJETIVA. O DESRESPEITO AO PRINCÍPIO BIOÉTICO DA

AUTONOMIA - DEIXANDO EM SEPARADO QUESTÕES EMERGENCIAIS OU QUE ENVOLVAM A AUSÊNCIA DA CONSCIÊNCIA PLENA DO PACIENTE CONFIGURAM A INFRAÇÃO DO DIREITO NATURAL ESTABELECIDO PELO CÓDIGO CIVIL. NÃO NECESSARIAMENTE ESTÁ INFRAÇÃO ARTICULA-SE APENAS COM UMA DETERMINADA ESFERA³.

É POSSIVEL TAMBÉM QUE TAIS INFRAÇÕES OCORRAM NO ÂMBITO PENAL, DE MANEIRA CONJUNTA. DENOMINAMOS RESPONSABILIDADE PENAL.

QUANDO FALAMOS DE RESPONSABILIDADE PENAL, CONSIDERAMOS OS FATOS ENUMERADOS PELA LEI, PARA QUE ASSIM SEJA CONSIDERA CRIME OU CONTRAVENÇÃO. POR ESSE MOTIVO, DEFINIDO NO ARTIGO PRIMEIRO DO CÓDIGO PENAL, NÃO HÁ CRIME SEM LEI ANTERIOR QUE O DEFINA, NÃO HÁ PENA SEM PRÉVIA COMINAÇÃO LEGAL. SENDO ASSIM, ESTE É UM PONTO EM QUE O ERRO MÉDICO PODE NÃO SE ENCAIXAR DE FATO. TENDO EM VISTA QUE O ARTIGO 18 DO CÓDIGO PENAL DIZ QUE O CRIME DIVIDE-SE EM CULPOSO, ONDE A VONTADE DO AGENTE NÃO É CAUSAR DANO MAS ESTE OCORRE EM RAZÃO IMPRUDÊNCIA, NEGLIGÊNCIA OU IMPERÍCIA, E DOLOSO, ONDE O AGENTE ASSUME O RISCO OU TEM VONTADE DE ATENTAR CONTRA O OUTRO, PODEM OCORRER DISCORDÂNCIAS ENTRE AS SENTENÇAS CIVIS E CRIMINAIS, ISTO É, NÃO NECESSARIAMENTE UM CRIME ABSOLVIDO NA ESFERA CRIMINAL CULMINARÁ EM ABSOLVIÇÃO PELO CÓDIGO CIVIL¹.

ESTE É UM PONTO IMPORTANTE, VISTO QUE O ATO MÉDICO ESTÁ MAIS RELACIONADO A CRIMES CULPOSOS, ONDE NÃO HÁ INTENÇÃO DE LESAR, MAS AINDA QUE ESTES SEJAM MAIS FREQUENTES NÃO É AQUILO QUE SE DESTACA NOS PROCESSOS QUE TRAMITAM NO BRASIL EM DECORRÊNCIA DE ERRO MÉDICO. É IMPORTANTE FRISAR QUE O CÓDIGO PENAL DIZ RESPEITO EXCLUSIVAMENTE A PESSOA FÍSICA, NÃO PODENDO ENQUADRAR INSTITUIÇÕES TAIS COMO HOSPITAIS, CLÍNICAS OU LABORATÓRIOS COMO AGENTES.

NO ÂMBITO ÉTICO É PODEMOS CITAR O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

COMO A RESPONSÁVEL POR ANALISAR E JULGAR A CONDUTA PROFISSIONAL. É EXTREMAMENTE NECESSÁRIA A COMPREENSÃO DA INDIVIDUALIDADE DE CADA ESFERA PARA COM A ANÁLISE DOS JULGAMENTOS. O CRM NÃO RESPONDE AO JUDICIÁRIO², POR SER UMA AUTARQUIA FEDERAL. DESTE MODO, A APURAÇÃO PODE OCORRER POR MEIO DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, O QUE PODE COINCIDIR COM A CONDENAÇÃO JUDICIAL. O QUE MUITAS VEZES ACONTECE, É QUE DIVERSOS PROCESSOS DE ERRO MÉDICO NÃO APRESENTAM A CAUSA GANHA, POIS HÁ POR PARTE DO INDIVÍDUO LESADO, UM EQUÍVOCO PROCESSUAL, NO QUAL A ESFERA EM QUE O PROCESSO TRAMITA NÃO CONDIZ COM A ACUSAÇÃO.

7. CONCLUSÃO

DIANTE DO EXPOSTO, COMPARANDO A ANÁLISE E COMPILAÇÃO DOS DADOS DE 120 SENTENÇAS DE PRIMEIRO GRAU DA COMARCA DE SANTOS, NO ESTADO DE SÃO PAULO, APENAS 16 CASOS DE “ERROS MÉDICOS” FORAM CONSIDERADOS PROCEDENTES EM PRIMEIRA INSTÂNCIA, 71 FORAM JULGADOS COMO IMPROCEDENTES E 29 NÃO TINHAM CORRELAÇÃO COM OS MÉDICOS⁴, O QUE DEMONSTRA DE FATO A FALTA DE COMPREENSÃO DO PAPEL INDIVIDUAL DAS ESFERAS JUDICIAIS. É ESSENCIAL ENTENDER A FUNÇÃO DE CADA UMA DE MANEIRA ISOLADA PARA PODER AVALIAR O REFLEXO DESTAS NO ÂMBITO DE SAÚDE. IMPORTANTE FRISAR E ESCLARECER QUE O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, POR SE TRATAR DE UMA AUTARQUIA FEDERAL³, APRESENTA PAPEL DE APURAÇÃO ESTRITAMENTE RELACIONADO AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. O PAPEL DO CRM NÃO É

RESPONDER AO JUDICIÁRIO, POR ISSO A EXISTÊNCIA DO IML, IMESC E PERITOS. DESTA FORMA, A CONDENAÇÃO OCORRE DE MANEIRA PARTICULAR E CADA ESFERA POSSUI INDEPENDÊNCIA E AUTONOMIA E NÃO NECESSARIAMENTE IRÁ CULMINAR NA RESTRIÇÃO DO DIREITO DE EXERCER A MEDICINA SEJA TEMPORÁRIO OU DEFINITIVO.

8. REFERÊNCIAS

1 - UDELSMANN ARTUR. RESPONSABILIDADE CIVIL, PENAL E ÉTICA DOS MÉDICOS. REV. ASSOC. MED. BRAS. [INTERNET]. 2002 JUNE [CITED 2020 DEC 27] ; 48(2): 172-182. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-42302002000200039&LNG =EN.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000200039&lng=en) [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S0104-42302002000200039.](https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000200039) ACESSO EM: 23 DE DEZEMBRO DE 2020.

2 - PANCIONI A, CHRISTOVAM L, FILHO J. RESPONSABILIDADE CIVIL E A INTERAÇÃO ENTRE AS JURISDIÇÕES CIVIL E PENAL [INTERNET]. EDUVALEAVARE.COM.BR. 2020 DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.EDUVALEAVARE.COM.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/11/INTERACOES.PDF](https://www.eduvaleavare.com.br/wp-content/uploads/2016/11/interacoes.pdf) ACESSO EM 23 DE DEZEMBRO DE 2020

3- ATLAS DA DEMOGRAFIA MÉDICA PAULISTA - ANÁLISE [INTERNET]. CREMESP. 2020. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.CREMESP.ORG.BR/?SITEACAO=CENTRODADOS&ACAO=DETALHES_CAPITULOS&COD_ CAPITULO=6.](https://www.cremesp.org.br/?siteacao=centrodados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=6) ACESSO EM 26 DE DEZEMBRO DE 2020.

4- E-SAJ | CONSULTA DE PROCESSOS DO 1º GRAU [INTERNET]. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. 2020 DISPONÍVEL EM: [HTTPS://ESAJ.TJSP.JUS.BR/CPOPG/OPEN.DO](https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/open.do) ACESSO EM: 08 DE DEZEMBRO DE 2020.

A catastrofização da dor está relacionada ao paciente e não à enxaqueca

Flávia Rodrigues de Oliveira ¹, Eduardo Almeida G. Nogueira ², Carina Tellaroli ³, Vitor Martinez de Carvalho⁴, Yara Dadalti Fragoso ⁵.

1- Filiada ao grupo de pesquisa “Doenças neurológicas crônicas”, Universidade Metropolitana de Santos, estudante de medicina, Santos, SP, Brasil / email: flaviaroliveiracontato@gmail.com

2- Filiado ao grupo de pesquisa “Doenças neurológicas crônicas”, Hospital Beneficencia Portuguesa de Santos, Santos, SP, Brasil/ email: eduagn@hotmail.com

3- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil / email: spedoct@gmail.com

4- Filiado ao grupo de pesquisa “Doenças neurológicas crônicas”, Universidade Metropolitana de Santos, Santos, SP, Brasil / email: vmartinez.medicina@gmail.com

5- Filiada ao grupo de pesquisa “Doenças neurológicas crônicas”, Universidade Metropolitana de Santos, Santos, orientadora, SP, Brasil/ email: yara@bsnet.com.br

Introdução

A cefaleia primária é a razão pela qual os indivíduos frequentemente procuram cuidados médicos. É visto que uma parte dos pacientes que possuem episódios de dores de cabeça lidam de forma cordial com suas consequências, outra parte acumula sentimentos adversos tais como ansiedade e depressão. Alguns podem manifestar cefalalgiafobia, ou seja, medo de sofrer episódios de cefaleia, no entanto, uma parcela dos indivíduos podem catastrofizar a sua doença.

A catastrofização é um processo que ocorre devido a mau adaptação à doença vigente, assim desenvolvendo sentimentos ruins frente aos sintomas e características específicas da comorbidade, podendo aumentar o seu sofrimento por influencia de fatores psicológicos^{1,2}. Embora que para especialistas o reconhecimento da influencia de aspectos psicológicos apresentados pelo paciente sobre a cefaleia primária seja claro, na prática clínica por outros profissionais da saúde a separação entre tais mecanismos pode não ser evidente.

Objetivo

Na literatura médica atual são vistos estudos que em sua maioria estão relacionados com centro terciários de cefaleia, tendo em vista esta situação, o estudo presente teve o objetivo de analisar a catastrofização da cefaleia primária pelos indivíduos abordados na pesquisa de modo a refletir a sociedade moderna.

Metodologia

Foi elaborado um questionário on line pela plataforma Google Forms em que continha um termo de consentimento. Este foi divulgado por meio das mídias sociais e esteve apto para preenchimento durante 28 de Julho de 2020 a 03 de Agosto de 2020. Estavam adequados para participação no estudo somente os participantes que apresentavam 2 episódios ou mais por mês de enxaqueca no período de 1 ano.

O termo de consentimento quando aceito pelo participante era sucedido por perguntas com o objetivo analisar o impacto da cefaleia crônica sobre a vida do paciente e sua possível correlação com os aspectos psicológicos do indivíduo.

Os dados obtidos no estudo foram analisados estatisticamente pelo Graph Pad Prism usando Student's t test, Fisher's exact test e Pearson's correlation foram usados para a comparação entre os grupos.

Resultados

O questionário on line foi respondido por 246 pessoas, sendo que 4 indivíduos não preenchiam os critérios para a caracterização de cefaleia e foram excluídos do estudo. Em suma a pesquisa identificou 242 indivíduos com ataques de enxaqueca pelo menos duas vezes por mês. Os escores medianos observados neste grupo de indivíduos foram sete para dor, 11 para ansiedade, sete para depressão e dois para catastrofização. Foram identificados escores elevados para catastrofização (≥ 3.0) em um terço dos participantes. Esses escores elevados não foram associados à idade, duração da dor de cabeça, gravidade da dor, frequência de ataques e depressão e/ou traços de ansiedade.

Discussão

Pacientes com enxaqueca podem ter dificuldades em lidar com a dor e podem desenvolver um comportamento de medo e / ou drama em relação às dores de cabeça. A ansiedade e a depressão subjacentes contribuem para reduzir a capacidade de lidar com a dor³. Ter um ataque de enxaqueca pode ser uma importante fonte de preocupação, e os pacientes podem interpretar exageradamente sua condição. A catastrofização da dor está relacionada ao cérebro nas áreas envolvidas no processamento da dor, atenção à dor, emoções e redução capacidade de inibição da dor⁴. Logo, os pacientes com dor de cabeça crônica que apresentam

traços de ansiedade e depressão podem ser propensos a catastrofizar os ataques.

Um estudo espanhol recente mostrou que cerca de um terço dos pacientes com enxaqueca tiveram altos graus de catastrofização da dor⁵. Em nosso estudo, descobrimos que uma semelhante proporção de nossos pacientes catastrofou em alto grau. Os pacientes espanhóis frequentaram uma clínica terciária de dor de cabeça, enquanto os nossos eram do geral população. Portanto, podemos inferir que esse comportamento é encontrado entre indivíduos com enxaqueca, independentemente do grau de cuidado que os pacientes recebam, resultados semelhantes também foram encontrados em crianças e adolescentes 12 e pacientes obesos.

A catastrofização não mostrou correlação com a duração e intensidade da dor, ansiedade e depressão, idade, aura, frequência de ataques ou uso excessivo de medicamentos. Como apenas um pequeno número de homens respondeu à pesquisa, não foi possível avaliar o efeito do gênero na catastrofização. Entre os outros parâmetros, não poderíamos correlacionar a catastrofização com qualquer aspecto de enxaqueca de forma moderada ou forte. A catastrofização parece ser uma característica do indivíduo e parece não ter relação com as características da enxaqueca. É importante mencionar que uma tendência de renomear "catastrofização da dor" como 'preocupação relacionada à dor' surgiu recentemente⁶. Nosso estudo tem limitações, pois não tínhamos contato direto com os participantes, sendo a colheita de dados realizada pelo questionário. Os participantes do nosso estudo não estavam recebendo tratamento profilático para sua enxaqueca, mais da metade deles desconhecia essa opção terapêutica enquanto 45,5% deles já tentaram, mas não persistiram, mais de 16% dos participantes poderiam ser classificados como tendo enxaqueca crônica e o fato de que não estavam em tratamento é preocupante.

Conclusão

A catastrofização da enxaqueca não parece ser diferente dos pacientes que frequentam clínicas especializadas e da população em geral. Assim, a catastrofização parece ser vinculada à características individuais e não a enxaqueca.

Palavras – chave

Cefaleia; enxaqueca; catastrofização; dor.

Referências

- 1- Severeijns R, Vlaeyen JW, van den Hout MA, Weber WE. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clin J Pain*. 2001;17(2):165 - 172. doi:10.1097/00002508-200106000-00009
- 2- Bag B, Hacıhasanoglu R, Tufekci FG. Examination of anxiety, hostility, and psychiatric disorders in patients with migraine and tension-type headache. *Int J Clin Pract*. 2005;59(5):515- 521.
- 3- Petrovics-Balog A , Majláth Z , Melinda L , et al. The effect of psychiatric comorbidities and stress-coping strategies on perceived quality of life in migraine. *Ideggyogy Sz*. 2019;72(11-12):397-404. doi:10.18071/isz.72.0397
- 4- Malfliet A, Coppieters I, Van Wilgen P, et al. Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: A systematic review. *Eur J Pain*. 2017;21(5):769-786. doi:10.1002/ejp.1003
- 5- Alvarez-Astorga A, García-Azorín D, Hernández M, et al. Pain catastrophising in a population of patients with migraine *Neurologia*. 2019;S0213-4853(19)30015. doi:10.1016/j.nrl.2018.10.005
- 6- Crombez G, De Paepe AL, Veirman E, et al. Let's talk about pain catastrophizing measures: an item content analysis. *Peer J*. 2020;8:e8643. doi: 10.7717/peerj.8643

Impacto do isolamento social nas causas de procura por atendimentos oftalmológicos durante a pandemia do COVID-19

Autores: Beatriz B. Gonçalves ⁽¹⁾, Gabriela B. Gonçalves ⁽²⁾: bacelogoncalves@gmail.com, Leonardo S. Rodrigues ⁽³⁾ - 1- Graduada em medicina pela Universidade Metropolitana de Santos e residente em oftalmologia na Unilaser Hospital dia. 2- Graduada de Medicina pela Universidade Metropolitana de Santos. 3- Graduando de Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Orientação: Prof. Dr. Celso A. Gonçalves – Mestre pela Universidade Federal de São Paulo, Doutor pelo Instituto Universitário de Rosário, Membro Titular do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e diretor clínico da UNILASER hospital dia.

CAAE: 43178521.5.0000.5509*

INTRODUÇÃO:

Em dezembro de 2019 foi identificado em Wuhan, na China, a transmissão do SARS-CoV-2, responsável pela COVID-19⁽¹⁾. O novo corona vírus passou a se alastrar pelo mundo atingindo inicialmente Irã, Japão, Itália e Coreia do Sul. Após dois meses, no dia 26 de fevereiro, o vírus chegou ao Brasil. A partir do dia 11 de março, a OMS (Organização Mundial da Saúde) decretou pandemia, orientando medidas de proteção e prevenção para o alastramento da doença ⁽²⁾. Entre as medidas está o isolamento social.

Os fatores de risco, para possíveis complicações da COVID-19 são: idade igual ou superior a 60 anos, tabagistas, obesos, portadores de miocardiopatias, hipertensão arterial, pneumopatias graves ou descompensadas, imunodepressão e imunossupressão, doenças renais crônicas em estágios avançados, diabetes melito, doenças cromossômicas em estado de fragilidade imunológica, neoplasia maligna, doenças hematológicas e gestação. ⁽³⁾

Sua organização se dá em 5 análises retrospectivas de faixas etárias distintas em um período pré-determinado, no Hospital Dia Oftalmológico Unilaser – Unidade Oftalmológica de Laser, localizado na cidade de Santos no estado de São Paulo. Vale ressaltar, que a UNILASER não fechou as portas, seguindo protocolos rígidos de proteção e prevenção do COVID preconizado pelo ministério da saúde.

OBJETIVO:

O presente trabalho tem como objetivo fazer um estudo retrospectivo comparativo dos dados de prontuários médicos, para que se possa observar o comportamento dos

pacientes oftalmológicos durante o período de isolamento social, sem as medidas de flexibilização.

METODOLOGIA:

A metodologia utilizada foi a análise retrospectiva de dados dos prontuários médicos da Unilaser, no período de março a julho de 2020, comparando com o mesmo período de 2019, enriquecida pela pesquisa bibliográfica sobre a Covid-19 e seus fatores de risco.

A totalidade de atendimentos nos anos de 2019 (7.583) e 2020 (5.707) foi dividida em 05 (cinco) faixa-etárias da seguinte maneira:

- 0 aos 16 anos; 17 aos 29 anos; 30 aos 45 anos; 46 aos 59 anos e 60 aos 80 anos.

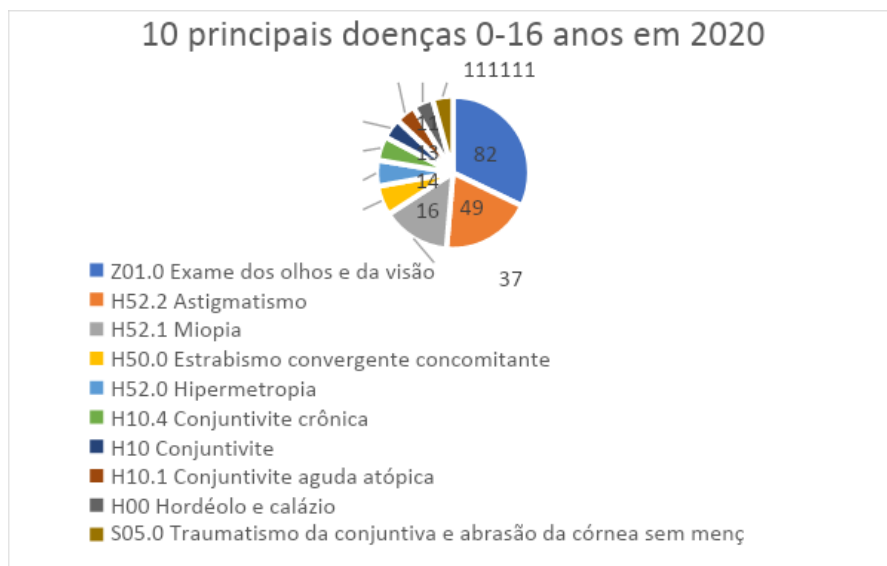
Então, analisou-se o prontuário médico e o CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - nos prontuários médicos das consultas totais realizadas em 2020 e em 2019 de cada faixa-etária durante o período de 16 de março de 2020 a 30 de julho de 2019 e de 2020. Com isso, foram selecionadas as 10 principais disfunções oculares com mais pacientes acometidos em cada grupo de idade.

RESULTADOS:

Ao realizar uma comparação com os dados dos prontuários médicos do ano de 2019 durante o mesmo período, observou-se uma queda de 24,7% dos atendimentos em 2020.

FAIXA ETÁRIA 0-16 ANOS:

2020:



° Total: 333 atendimentos

Gráfico 01: Dados coletados na pesquisa.

2019:

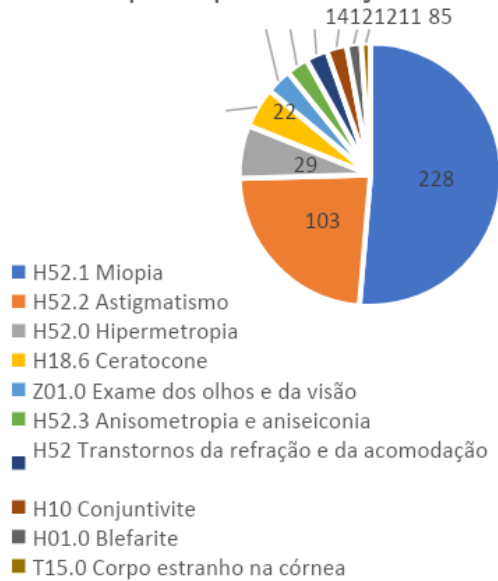


° Total de atendimentos: 431

Gráfico 02: Dados coletados na pesquisa.

FAIXA ETÁRIA 17 – 29 ANOS:

10 principais doenças 17-29 anos em 2020



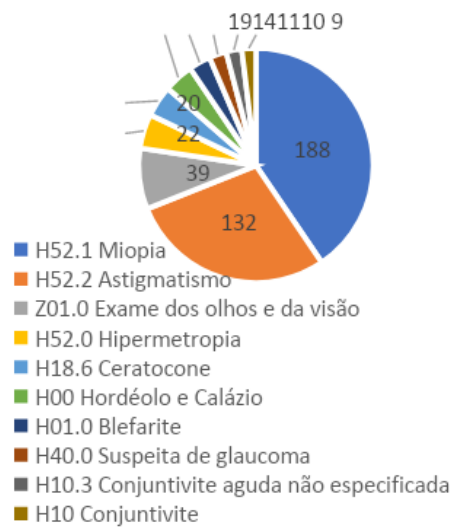
2020:

° Total de atendimentos:
532

Gráfico 03: Dados coletados na pesquisa.

2019:

10 principais doenças 17-29 anos em 2019



° Total de
atendimentos: 568

Gráfico 04: Dados coletados na pesquisa.

FAIXA ETÁRIA 30 – 45

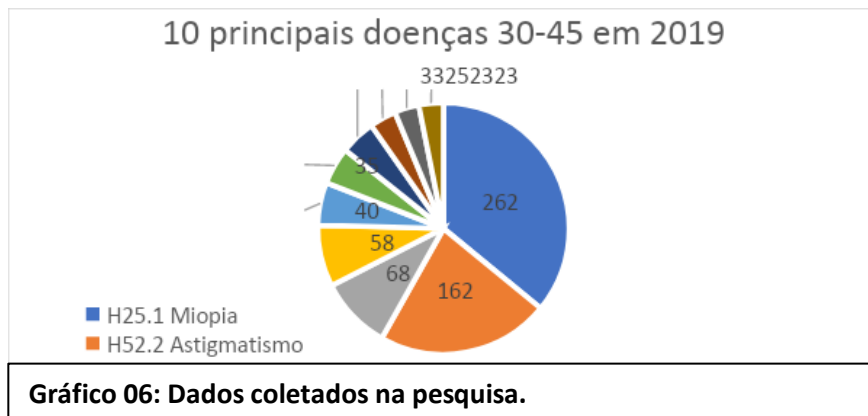
2020:



◦ Total de atendimentos: 1.047

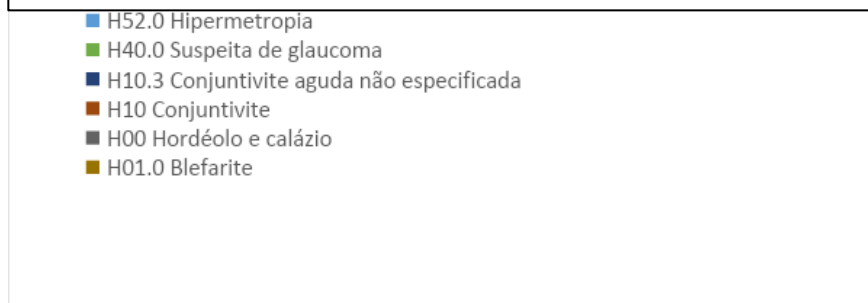
Gráfico 05: Dados coletados na pesquisa.

2019:



◦ Total de atendimentos: 1.024

Gráfico 06: Dados coletados na pesquisa.



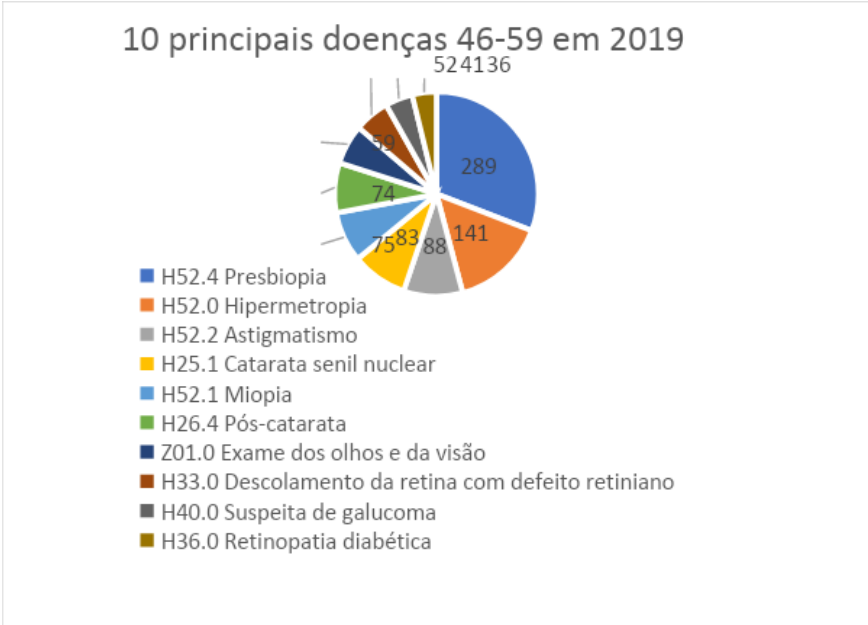
FAIXA ETÁRIA 46 – 59
2020:



◦ Total de atendimentos: 1.216

Gráfico 07: Dados coletados na pesquisa.

2019:

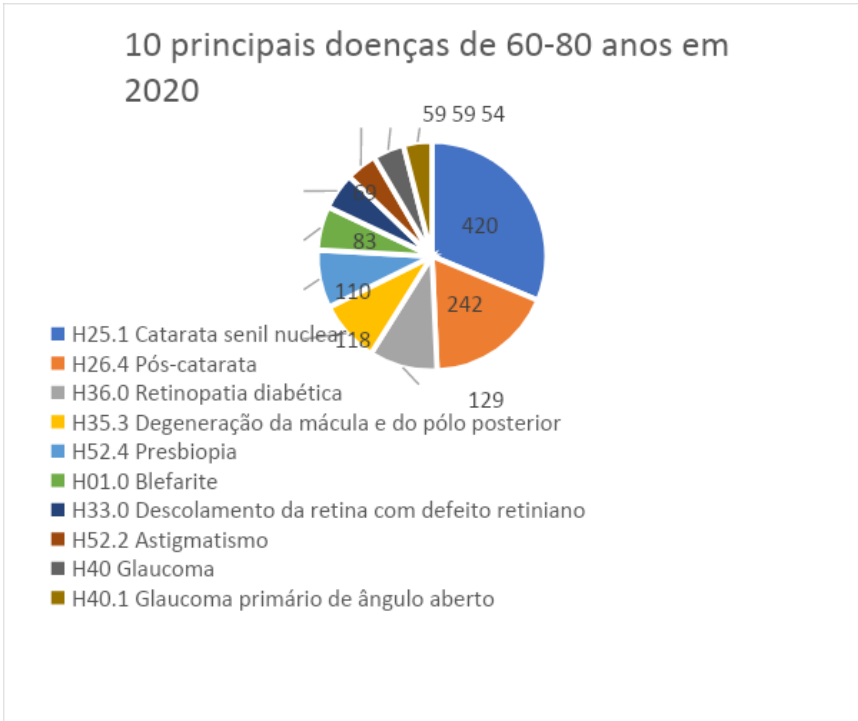


◦ Total de atendimentos: 1.421

Gráfico 08: Dados coletados na pesquisa.

FAIXA ETARIA 60 – 80 ANOS:

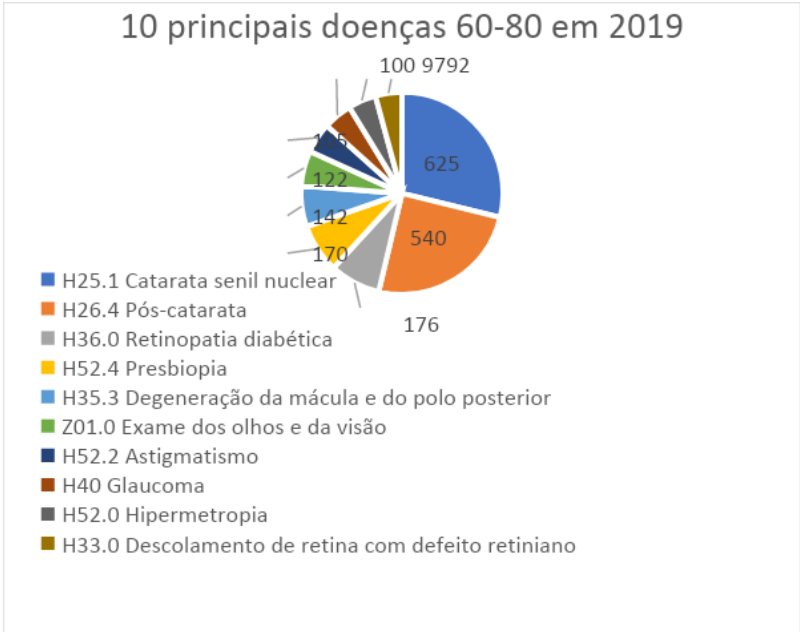
2020:



° Total de atendimentos: 2.109 pacientes

Gráfico 09: Dados coletados na pesquisa.

2019:



° Total de atendimentos: 3.241

Gráfico 10: Dados coletados na pesquisa.

Ao realizar uma análise com a totalidade de prontuários, observou-se que a doença mais prevalente foi a Miopia, que não é considerada uma urgência oftalmológica.

Porém ao comparar com o ano de 2019, percebeu-se que a Miopia era muito presente, podendo explicar sua alta taxa de acometimento (28% da população mundial sofre com a miopia) ⁽⁴⁾.

Na estratificação por faixa etária, observou-se maiores alterações nos grupos de 0-16 anos e 60-80 anos. No primeiro grupo, houve uma queda de 22,7% nos atendimentos, provavelmente porque pacientes nessa faixa etária não têm autonomia para procurarem o atendimento. Já no segundo grupo, a queda foi de 35%. Mas, apesar da queda geral do número de atendimentos, as doenças que necessitam precocidade e seguimento contínuo no atendimento como retinopatia diabética **(27%)**, descolamento de retina **(25%)** e degeneração de macula **(17%)** tiveram a menor queda em relação as outras doenças. Já o glaucoma, teve maior perda de seguimento, chegando a 59% de queda.

Em 2019 35% dos casos de catarata se converteram em cirurgias, já em 2020 esse número foi de apenas 19%.

CONCLUSÃO:

Ao realizar a análise do ano de 2020, durante o período de menor flexibilização do isolamento social, com uma comparação ao ano de 2019 durante o mesmo período, sem isolamento social, notou-se uma queda de 24,7% nos atendimentos totais (1876 atendimentos). As faixas etárias com queda significativa foram as de 0-16 anos (23%) e de 60-80 anos (35%).

A junção das faixa-etária de 17-29 e 30-45 anos não apresentaram queda significativa no número de atendimentos, nem nas proporções de causas de procura médica, prevalecendo as ametropias como principais motivos de atendimento.

Os pacientes que apresentaram maior queda de segmento foram os portadores de glaucoma na faixa-etária de 60-80 anos sendo de 41%. Proporcionalmente, em comparação com o ano de 2019, o número de cirurgias de catarata caiu quase pela metade no período estudado de 2020.

Conclui-se que o isolamento social decorrente da pandemia, afeta de forma significativa o número de atendimentos na oftalmologia e é um fator prejudicial na preservação e controle da saúde ocular.

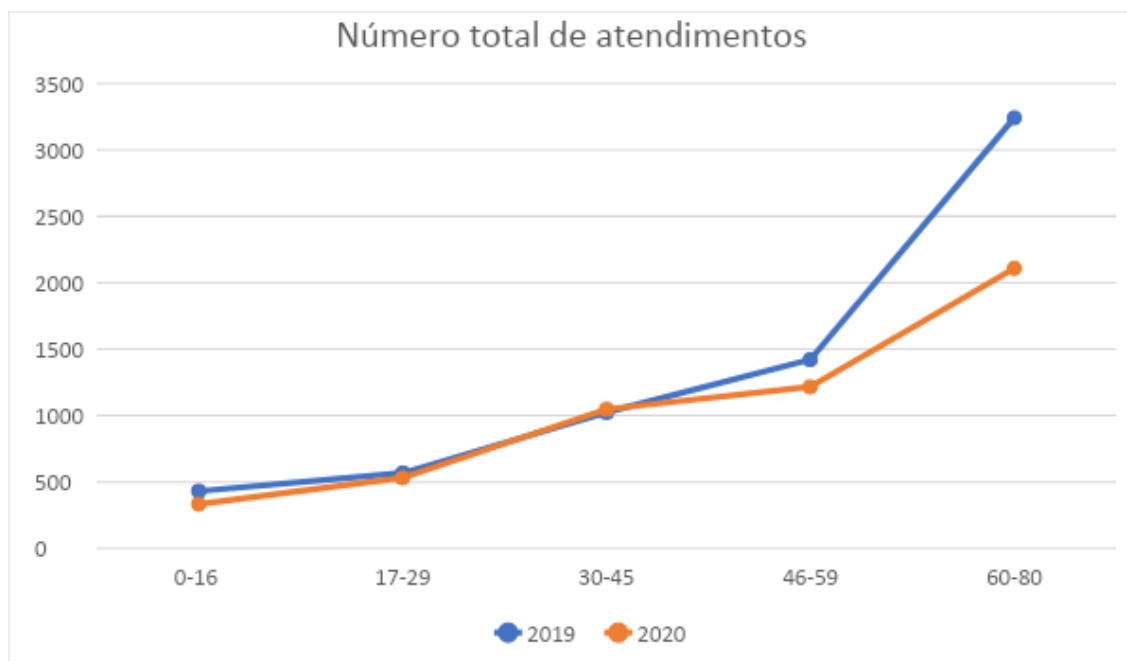


Gráfico 11: Autoria própria com os dados coletados na pesquisa dos prontuários médicos da UNILASER.

PALAVRAS – CHAVE: Pandemia, Coronavírus, Covid-19, Oftalmologia e Saúde ocular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. UNASUS. Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus [Internet]. 2020. Available from: www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus#:~:text=Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus,-Mudança de classificação&text=Tedros Adhanom%2C diretor geral da,Sars-Cov-2

2. Ministério da Saúde. Sobre a doença [Internet]. Sobre a doença. 2020 [cited 2020 Nov 23]. Available from: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 [Internet]. 2020. 58 p. Available from: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf
4. Ottatiano JAA, Ávila MP de, Umbelino CC, Taleb AC. As Condições de Saúde Ocular no Brasil. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. 2019; Available from: https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf

Radioterapia Intraoperatória: Uma técnica para tratamento do câncer de mama inicial – Revisão Bibliográfica

Giulia Gadia Leme La Guardia¹, Luiza Serra Carvalho Moura¹, Marina Vieira Simião Davoglio¹, Maria Sílvia Petty Moutinho².

¹Estudantes de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

²Docente da disciplina Saúde da Mulher do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

E-mail da autora principal para contato: Giulia Gadia Leme La Guardia (giu.la.guardia@hotmail.com)

Introdução: O câncer de mama é um problema de saúde pública, tendo em vista que a estimativa é para que, durante o ano de 2020, sejam diagnosticados 66.280 novos casos de cânceres de mama em mulheres, como localização primária do tumor.⁶ Assim, graças a alta incidência dessa doença, se faz uso de métodos de rastreamento, diagnóstico e tratamento em busca de diminuir a mortalidade da neoplasia de mama.

Em geral, o tratamento dos tumores iniciais de mama consiste na realização de uma cirurgia conservadora, na avaliação de linfonodo axilar total ou seletiva (sentinela) e irradiação sendo ela externa ou intraoperatória e total ou parcial.⁴

A radioterapia intraoperatória (IORT) é um método de tratamento oncológico em que se administra radiação diretamente no leito cirúrgico após a retirada do tumor pela operação, com o objetivo de conservar tecido saudável do órgão acometido por uma neoplasia e diminuir as recorrências do câncer de mama. A radioterapia intraoperatória parcial da mama surge como uma opção legítima e prática⁴ de

tratamento adjuvante para tumores iniciais, devido a duração curta da técnica em relação a radioterapia externa¹, que é realizada por 6-7 semanas diariamente e pode ser considerada longa e problemática pois não leva em conta as responsabilidades diárias da mulher.³

Palavras-chaves: Câncer de Mama; Radioterapia intraoperatória; Radiação; Cirurgia.

Objetivo: Discutir sobre o uso de radioterapia intraoperatória (IORT), mostrando como funciona e as consequências do uso desse tratamento alternativo para pacientes com câncer de mama em estágio inicial.

Metodologia: Revisão bibliográfica baseada na leitura de artigos científicos encontrados na base de dados Google Scholar, SciELO e PubMed no período de 2013-2020. A pesquisa foi restringida pelas palavras-chaves: “Radioterapia intraoperatória”, “IORT”, “Câncer de mama”, “Breast cancer”, “Cirurgia” e “Radiação”. Foram consultados 10 artigos científicos por meio de buscas manuais. Tendo em vista que foram selecionados e lidos 5 artigos científicos, juntamente à base de dados de estatísticas de câncer do INCA.

Discussão: Em geral, o tratamento para o câncer de mama precoce é a mastectomia seguida por irradiação com feixe externo de toda a mama (EBRT) diariamente por 6-7 semanas em busca de diminuir as recidivas do câncer. Entretanto, a radioterapia intraoperatória (IORT) surge como uma alternativa segura para pacientes com câncer de mama em estágio inicial, selecionados por apresentarem prognóstico de risco relativamente baixo.¹ Em decorrência de muitas pacientes com câncer de mama inicial não realizarem a radioterapia complementar após a cirurgia conservadora, a radioterapia parcial da mama foi desenvolvida, sendo a IORT com elétrons uma técnica desse tipo de radioterapia.⁴

Durante a cirurgia conservadora de mama, a IORT é realizada por conta da visualização direta de máxima precisão do leito cirúrgico. Essa técnica possibilita a utilização de uma dose única com bioequivalência quando comparada as radioterapias externas⁴, e assim, a dose concentrada de radiação na região cirúrgica diminui o risco das células tumorais subclínicas se propagarem², ou seja, a IORT é

aplicada diretamente sobre o leito onde se localizava a área ressecada após cirurgia de escolha.⁴ Nesse prisma, vale ressaltar que esse tipo de visualização é importante para reconstrução mamária após a mastectomia, já que a radioterapia intraoperatória ocorre antes que o tecido mamário e regiões do leito tumoral (região de maior probabilidade para que ocorra recorrência na mama) sejam utilizados para a plástica. Ademais, as taxas de recorrência local são reduzidas com uma dose de reforço adicional nesse leito. Em casos de recidiva local, pode se realizar o tratamento com uma nova tentativa cirúrgica utilizando como método de escolha mastectomias totais ou ressecções segmentares.⁴ Assim, em decorrência da exposição da área cirúrgica sem distensão por seroma ou hematoma, a IORT utiliza pequenos volumes de tratamento e permite a preservação total da pele, provocando um resultado favorável na tolerância do tecido posteriormente ao ato cirúrgico e na sua aparência estética.²

Outros pontos positivos da IORT são a possibilidade de volta à atividade física logo após a recuperação do tratamento cirúrgico, assim como não delonga o tratamento irradiante – que pode ser atrasado por conta da quimioterapia adjuvante em alguns casos – e não irradia órgãos adjacentes, como a mama contralateral e o pulmão.⁴

Em relação às complicações pós-operatórias, podem ser citados casos nos quais as pacientes desenvolveram infecções menores da ferida, curáveis com antibioticoterapia e drenagem. Além disso, há relatos de fibrose local pós-operatória, que diminuiu e desapareceu, retrações cutâneas, deformidades e outros eventos decorrentes da irradiação.⁴ Já a mamografia pós-operatória pode indicar seroma e esteatonecrose (alterações da linha de base). Entretanto, em pacientes que realizaram IORT, não há relação entre as dificuldades na avaliação por imagem e a diminuição de tempo no qual isso pode ser feito, ao contrário do que ocorre em pacientes que realizaram tratamento tradicional.¹ Ademais, em casos de linfonodo sentinela comprometido confirmado por histopatologia intraoperatória, a conduta continua a ser a linfadenectomia axilar.⁴

Outrossim, a indicação mais favorável e segura até o momento para receberem a IORT é selecionar os pacientes com câncer de mama inicial segundo os critérios da ASTRO: idade maior ou igual a 60 anos, estágio T1, não apresentar carcinoma

ductal in situ extenso, linfonodos axilares negativos, receptores hormonais de estrogênio positivo, invasão linfovascular negativa, margens livres de tumor maior ou igual a 2mm e ausência de multicentricidade.^{4,5}

Conclusão: Conclui-se que a radioterapia intraoperatória (IORT) se assemelha a muitas técnicas, tendo a distribuição da dose utilizado como fator diferencial entre elas. Ademais, o uso da IORT permite administração de pequenos volumes e preservação total da pele, além de possibilitar, em alguns casos, o encurtamento da radioterapia pós-operatória. Assim, a IORT pode ser considerada uma alternativa segura para pacientes com câncer de mama em estágio inicial, selecionados por apresentarem prognóstico de risco relativamente baixo.

Referências Bibliográficas:

1. Melnik I, Yerushalmi R, Sobol Y, et al. Intraoperative radiation therapy for breast cancer-Immediate and 30-month oncological outcomes. *Breast J.* 2020;26(5):946-951.
2. Sedlmayer F, Reitsamer R, Wenz F, et al. Intraoperative radiotherapy (IORT) as boost in breast cancer. *Radiat Oncol.* 2017;12(1):23.
3. White J, Thompson A, Whelan T. Accelerated Partial Breast Irradiation and Intraoperative Partial Breast Irradiation: Reducing the Burden of Effective Breast Conservation. *J Clin Oncol.* 2020;38(20):2254-2262.
4. Bromberg SE, Hanriot Rde M, Nazário AC. Intraoperative radiotherapy as a protocol for the treatment of initial breast cancer. *Einstein (São Paulo).* 2013;11(4):439-45.
5. Rana S, Naik A, Pillai S, Vetto J, Pommier R, Kubicky CD. Outcomes of intraoperative radiotherapy for early-stage breast cancer: Experience from a multidisciplinary breast oncology program. *Am J Surg.* 2020;219(4):655-659.
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2020. Estatísticas de câncer. [Acesso em: 23/10/2020]. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>.

Uso da ressonância magnética para avaliar a extensão do carcinoma ductal in situ de mama

AUTORES: Giusti PFGS¹, Lopes GCM¹, Larguesa FC¹, Moutinho MSP². 1 Acadêmica do curso de medicina da Universidade Metropolitana de Santos 2 Docente da disciplina de Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

E-mail: priscillafreitasgsgiusti@outlook.com

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tumor maligno mais frequente no mundo, representando aproximadamente 25% entre todos os casos de câncer no país¹. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se uma incidência de 66.280 casos de câncer de mama para cada ano do triênio 2020-2022; destacando que no ano de 2017, no Brasil, ocorreram 16.724 óbitos por câncer de mama, o que equivale a um risco de 16,16 por 100 mil habitantes^{1,2}. Com intuito de diminuir esse risco, a detecção da doença em estágio inicial é fundamental, portanto é recomendado pelo Ministério da Saúde realizar a mamografia, principal exame de rastreamento na detecção do câncer ou de lesões precursoras na mama, sendo exame de rotina em mulheres mesmo sem sinais e sintomas de câncer de mama na faixa etária de 50 a 69 anos com periodicidade a cada dois anos³. Pelo colégio brasileiro de radiologia recomenda-se a mamografia de rastreamento anual após os 40 anos⁴.

A mamografia é preconizada como o método de escolha para o diagnóstico do carcinoma ductal in situ (CDIS)⁵, o qual pode ser definido como uma proliferação de células neoplásicas intraductais sem invadir a membrana basal, sendo precursor do carcinoma ductal invasor⁶. A literatura estabelece uma comparação entre métodos, destacando a mamografia por método digital, com especificidade de 92% e sensibilidade de 70%, sendo esta, inferior ao método de mamografia convencional⁷. Demonstra-se, portanto, a possibilidade de que alguns tumores malignos de mama não sejam identificados através da mamografia⁷. Assim, na comparação entre todos os métodos possíveis para avaliar as mamas, destaca-se a Ressonância Magnética (RM) como o método mais sensível⁷. Salienta-se o fato de a RM de mama permitir a avaliação da extensão do CDIS em casos que não seriam detectados através de realização da mamografia⁵.

OBJETIVO

Verificar aspectos atuais envolvendo o uso da ressonância magnética para avaliação da extensão e estratégia de tratamento cirúrgico no CDIS.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento bibliográfico através de revisão de literatura publicada em livros e nas bases de dados PubMed e SciELO, incluindo artigos em língua portuguesa e inglesa no período de 2007 a 2020.

RESULTADOS/DESENVOLVIMENTO

Clinicamente assintomático na maioria dos pacientes, por vezes o CDIS pode ser um achado incidental em imagens de rotina, detectado em mamografia pela presença de microcalcificações de morfologias variadas (pleomórficas finas, grosseiras, amorfas ou heterogêneas) distribuídas de forma agrupada, linear ou segmentar, geralmente com ausência de massa associada^{1,8}. É importante ressaltar que o CDIS se apresenta em diferentes padrões, podendo manifestar-se de forma pura ou até mesmo já associado a doenças invasivas¹. Considerando, portanto, que cerca de 25% dos CDIS não contém calcificações, recomenda-se solicitar a RM, como exame complementar no diagnóstico⁶.

A RM possibilita distinguir o tecido normal do cancerígeno, através de alterações encontradas na vascularização e permeabilidade capilar¹, fato crucial para se entender a alta sensibilidade da RM, visto que, o câncer de mama não cresce acima de 2mm sem que ocorra neovascularização, a qual fornece os nutrientes necessários ao seu crescimento⁹. O uso do contraste paramagnético gadolínio possibilita a detecção do câncer mamário, devido ao extravasamento deste no vaso e acúmulo no estroma da neoplasia⁹.

Desta forma, por imagem de RM, é possível avaliar o componente não calcificado da neoplasia, presença de tumor primário oculto, tumores multicêntricos ou contralaterais¹. No caso do CDIS, a mamografia poderia, portanto, subestimar a extensão total do tumor, pois detectaria apenas as porções calcificadas da lesão tumoral⁸. Além disso, a RM auxilia na análise da resposta à quimioterapia neoadjuvante, inclusive sendo útil para uma exérese cirúrgica mais segura e precisa, com a retirada da área acometida sem margens comprometidas, evitando recidivas locais¹.

Com base em estudos que destacam as vantagens ao uso da RM, a Sociedade Americana de Câncer (American Cancer Society – ACS) recomenda que seja realizada uma RM e uma mamografia anualmente para pacientes que apresentam risco de desenvolver câncer de mama ao longo da vida igual ou superior a 20-25%¹⁰. Para isso, são considerados parâmetros que auxiliam a avaliar o risco existente, destacando uma análise baseada em fatores como: a presença de mutação genética BRCA1 ou BRCA e história familiar¹⁰. Considerando, portanto, que a avaliação por RM nessas pacientes é custo-efetiva¹⁰.

CONCLUSÃO

A importância do rastreamento de câncer de mama através da mamografia é incontestável. Contudo, a RM representa um papel importante como exame complementar na avaliação de neoplasias que não seriam adequadamente visualizadas pela mamografia, como, por exemplo, o CDIS. A RM auxilia também para estabelecer um tratamento cirúrgico adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Tajima CC, Sousa LLC, Venys GL, et al. Papel da ressonância magnética das mamas na avaliação do carcinoma ductal in situ. *Radiol Bras.* 2019; 52(1):43-47.
- 2 – Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020 – Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2019.
- 3 - Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil – Sumário Executivo. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2017.
- 4 – Elias S, Facina G, Araujo Neto JT. Mastologia – condutas atuais. 1. ed. Barueri: Manole; 2015.
- 5 - Kuhl CK, Schrading S, Bieling HB, et al. MRI for diagnosis of pure ductal carcinoma in situ: a prospective observational study. *Lancet.* 2007 Aug 11;370(9586):485-92.
- 6 - Seijen MV, Lips EH, Thompson AM, Nik-Zainal S, Futreal A, Hwang ES, et al. Ductal carcinoma in situ: to treat or not to treat, that is the question. *Br J Cancer.* 2019 Aug 13; 121(4): 285–292.
- 7 - Chhor CM, Mercado CL. Abbreviated MRI Protocols: Wave of the Future for Breast Cancer Screening. *AJR Am J Roentgenol.* 2017 Feb;208(2):284-289. 8 – Amornsiripanitch N, Lam DL, Rahbar H. Advances in Breast MRI in the setting of Ductal Carcinoma in situ. *Semin Roentgenol.* 2018 Oct; 53(4): 261–269. 9 – Mann RM, Kuhl CK, Moy L. Contrast- enhanced MRI for breast cancer screening. *J Magn Reson Imaging.* 2019 Aug; 50(2): 377–390.
- 10 - Sheth D, Abe H. Abbreviated MRI and Accelerated MRI for Screening and Diagnosis of Breast Cancer. *Top Magn Reson Imaging.* 2017 Oct;26(5):183-189.

Palavras-chave: Câncer de mama; Carcinoma ductal in situ; Ressonância Magnética.

COVID-19 em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: Revisão de Literatura

Fernanda Gonçalves de Carvalho¹, Thainá Louise Rodrigues¹, Ana Carolina de Abreu Gomes¹, Talie Zanchetta B. Hanada¹, Vinicius Lucio de Barros¹, Paulo Maccagnan².

¹Acadêmicas de medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

²Professor Titular de Endocrinologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

E-mail: fegcarvalho08@outlook.com

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Diabetes Mellitus. Complicações Diabéticas.

INTRODUÇÃO:

Em dezembro de 2019 surgiram casos de pneumonias intersticiais atípicas causadas pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2; COVID-19), identificado pela primeira vez em Wuhan, China¹. Os coronavírus são esféricos, apresentam envelope fosfolipídico e RNA de fita simples positivo. Emitem projeções do envelope em forma de espículas, formadas por trímeros da proteína S que atuam na adesão e interiorização à célula, conferindo aspecto de coroa^{2,3}. Febre, cansaço e tosse seca são os principais sintomas⁴. Obesidade, Diabetes Mellitus (DM), doenças cardiovasculares, hipertensão e doenças pró-inflamatórias associam-se a pior prognóstico da doença¹. O DM é um distúrbio da homeostase da glicose com

progressivo agravamento da hiperglicemia, desta forma, 70% dos brasileiros com DM estão mais expostos à hiperglicemia, o que os torna mais vulneráveis as complicações do COVID-19⁴.

OBJETIVO:

Revisar e analisar o impacto da COVID-19 entre portadores de Diabetes Mellitus.

METODOLOGIA:

Revisão bibliográfica obtida no banco de dados PubMed, Medline e Google Scholar usando os termos-chave “COVID-19”, “Diabetes Mellitus” e “Complicações Diabéticas” publicados entre 2019 a 2020. Foram selecionados e incluídos apenas artigos em inglês. Os resultados desta revisão bibliográfica são apresentados essencialmente de forma descritiva, sem meta-análises ou análises estatísticas.

RESULTADOS/DESENVOLVIMENTO:

A proteína S viral apresenta alta afinidade ao receptor da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ACE2). A ACE2 atua como um receptor de célula hospedeira para a glicoproteína tanto do SARS-CoV como do SARS-CoV-2. Observou-se que a expressão da ACE2 é específica em cada órgão sendo encontrada principalmente nos rins, testículos, mamas, sistema cardiovascular e gastrointestinal.^{5,6} Ademais, o SARS-CoV-2 se liga aos receptores ACE2 expressos em tecidos pancreáticos, em particular, nas células β . Logo, em portadores de COVID-19 e DM descompensada, pode ocorrer perda da capacidade secretora de insulina associado ao estresse oxidativo, resultando em rápida deterioração metabólica e aumento da atividade trombótica.¹ A metanálise realizada por *Kumar et al* (2020) mostrou que a associação de DM com SARS-CoV-2 foi significativamente associada ao prognóstico grave de COVID-19 (odds ratio 2.75 [IC 95%: 2,09 e 3,62; p <0,01]) e ao aumento da taxa de mortalidade (odds ratio combinada 1,90 [IC 95%: 1,37 e 2,64; p <0,01]). Como resultado secundário, foi calculada a prevalência combinada de DM em pacientes com COVID-19, que foi 11,2% (IC 95%: 9,5% e 13,0%) não corrigido e 9,8% (IC 95%: 8,7% e 10,9%) após ajuste para heterogeneidade. Constatou-se que diabéticos apresentam duas vezes maior probabilidade de desenvolver COVID-19 grave e de morrer pela doença. Ainda na metanálise de *Kumar et al* (2020), foi constatado que mesmo na ausência de outras comorbidades, diabéticos apresentam maior risco de pneumonia

grave, resposta inflamatória exacerbada, níveis enzimáticos elevados e estado de hipercoagulabilidade superior. Além disso, comprovou-se que os biomarcadores inflamatórios, como proteína C reativa, D-dímero, IL-6, ferritina sérica e índice de coagulação, foram significativamente maiores em diabéticos, sugerindo que estes são mais suscetíveis a resposta inflamatória exacerbada com agravamento do COVID-19.^{7,8} A revisão de *Apicella et al (2020)*, estudo retrospectivo, mostrou que pacientes com DM expressam em maior grau pneumonia grave em comparação com aqueles que não apresentam DM. No estudo, um subgrupo de 24 pacientes diabéticos apresentou maior mortalidade em comparação com 26 pacientes sem DM (16,5% vs. 0%).¹

Além disso, no estudo de *Barone et al (2020)*, 38,4% dos portadores de DM adiaram consultas médicas e/ou exames de rotina e 40,2% não agendaram consultas médicas desde o início da pandemia. A atividade física foi a mais impactada, com redução relatada por 59,5% dos investigados. A estratégia adotada pelo governo federal e sistema de saúde para distribuição de medicamentos e suprimentos médicos por 90 dias, foram eficazes para apenas 21% dos 64,5% que receberam (ou 13,5% do total respondentes). Além disso, os que utilizaram exclusivamente o Sistema Único de Saúde apresentaram aumento da glicemia.

Os resultados revelam riscos de curto, médio e longo prazo para diabéticos com COVID-19 no Brasil. Logo as medidas implementadas não cobrem a maior parte desta população.⁹

CONCLUSÃO:

A COVID-19 é mais grave em pacientes com DM intensificando a chance de hospitalização em UTI e necessidade ventilatória. Logo, pacientes com DM necessitam de controle glicêmico rigoroso com monitorização do estado de saúde rotineiramente, além da prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2 no intuito de evitar possíveis complicações futuras.

REFERÊNCIAS:

1. Apicella M, Campopiano MC, Mantuano M, et al. Covid-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes in people with diabetes: understanding

- the reasons for worse outcome. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020; 8: 782-792. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S22138587%2820%2930238-2>.
2. Seyed Hosseini, E., Riahi Kashani, N., Nikzad, H., et al. The novel coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Mechanism of action, detection and recente therapeutic strategies. *Virology.* Dec 2020; 551: 1-9. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33010669/>.
 3. Albulescu R, Dima SO, Florea IR, et al. COVID-19 and diabetes mellitus: Unraveling the hypotheses that worsen the prognosis. *Ext Ther Med.* 2020; 20(6): 194. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579812/>.
 4. Pal R, Bhadada SK. COVID-19 and diabetes mellitus: An unholy interaction of two pandemics. Apr 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32388331/>.
 5. Fu J, Zhou B, Zhang L, et al. Expressions and significances of the angiotensin-converting enzyme 2 gene, the receptor of SARS-CoV-2 for COVID-19. *Mol Biol Rep.* 2020; 47: 4383-4392. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11033-020-05478-4>.
 6. Cristelo C, Azevedo C, Marques JM, et al. SARS-CoV-2 and Diabetes: New Challenges for the Disease. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020; 164: 108228. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32446801/>.
 7. Kumar A, Arora A, Sharma P, et al. Is diabetes mellitus associated with mortality and severity of COVID-19? A meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr.* 2020; 14(4): 535-545. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871402120301090?via%3Dihub>.
 8. Longo M, Caruso P, Maiorino MI, et al. Treating type 2 diabetes in COVID-19 patients: the potential benefits of injective therapies. *Cardiovasc Diabetol.* 2020; 19: 115. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7375203/>.
 9. Barone MTU, Harnik SB, Luca PV, et al. The impact of COVID-19 on people with diabetes in Brazil. *Diabetes Res Clin Pract Suppl.* 2020; 166: 108304. Disponível em: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(20\)30556-8/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(20)30556-8/fulltext).

Abordagens Terapêuticas na Atrofia Muscular Espinhal

Aira F. F. Amparo¹, Bruna M. R. de Paula¹, Isabela H. Hatem ¹, Júlia F. F. da Silva¹, Mileny E. S. Colovati ², Mirlene Cecília S. P. Cernach ³

1-Graduandas do curso de Medicina da UNIMES

2-Professora Assistente da disciplina de Genética da UNIMES

3-Professora Titular da disciplina de Genética da UNIMES

Email:

1-airaffa@icloud.com

2-bruna.maarquez@gmail.com

3-isahhatem@gmail.com

4-juliafonseca20@gmail.com

Palavras-chave: atrofia muscular espinhal, SMN1, Nusinersen, Zolgensma, Risdiplam

Introdução

A Atrofia Muscular Espinhal (AME) é uma doença neurodegenerativa hereditária e heterogênea, que causa fraqueza progressiva dos músculos respiratórios e esqueléticos, levando à atrofia muscular generalizada ¹. Está entre as doenças

autossômicas recessivas mais comuns e principais causas de mortalidade infantil, com prevalência estimada de 1:11.000 nascidos vivos, e frequência de portadores de 1:40 a 1:67 ¹. Em 95% dos casos, deleções em homozigose ou mutações de ponto no gene *SMN1* (sobrevida do neurônio motor 1), localizado no cromossomo 5, são responsáveis por inibir a produção da proteína SMN funcional no Sistema Nervoso Central (SNC) ².

O fenótipo altamente variável da AME está relacionado com variações no número de cópias na sequência gênica de *SMN2*, um gene quase homólogo ao *SMN1* sem relevância em indivíduos saudáveis ². A sequência de nucleotídeos em *SMN2* diminui a função no sítio de *splicing* adjacente, levando à exclusão do exon 7 em 80% das transcrições do *SMN2*, resultando em uma proteína instável ². Portanto, uma pequena quantidade de proteína SMN funcional pode ser produzida por *SMN2*; o que explica fenótipos mais brandos em portadores de mais cópias desse gene ^{1,2}.

A AME tem sido classificada em subtipos de acordo com a idade de início dos sintomas e os marcos motores atingidos. O tipo I afeta 50% dos pacientes ou mais, mostrando comprometimento motor grave desde o nascimento. O tipo II tem início entre 6 e 18 meses e os pacientes conseguem sentar, mas o andar independente é prejudicado. Já no tipo III, a capacidade de andar é adquirida temporariamente, pois os sintomas têm início na infância ou adolescência ².

Objetivo

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a doença Atrofia Muscular Espinhal (AME) com enfoque nas abordagens terapêuticas atuais.

Metodologia

Esse trabalho foi realizado com base em artigos selecionados em buscas na base de dados MEDLINE (via Pubmed), publicados entre 2019 e 2020. Os descritores utilizados foram “*spinal muscular atrophy and treatment*”. Os estudos foram selecionados pelos títulos e resumos; aqueles com potencial para inclusão foram analisados na íntegra. Os dados coletados foram apresentados de forma narrativa.

Resultados

A busca resultou em 609 artigos, dos quais 7 foram selecionados para compor a revisão.

Discussão

O tratamento dos pacientes com os diferentes tipos de AME é interdisciplinar, incluindo manejo respiratório, nutricional, fisioterapêutico, ortopédico e psicossocial². Com o avanço da terapia gênica, medicamentos atuais administrados em portadores de AME têm como funções aumentar a expressão da proteína SMN por diferentes mecanismos: re-expressão do gene *SMN1* ou alteração do processo de *splicing* do gene *SMN2*, incluindo o exon 7 no RNA mensageiro (RNAm), conferindo homologia com a sequência transcrita/traduzida do RNAm do gene *SMN1*³.

Atualmente, existem 3 medicamentos disponíveis para o tratamento da AME¹ (Tabela 1). O primeiro medicamento desenvolvido para AME foi o *Nusinersen*, aprovado em 2016 pelo *Food and Drug Administration* (FDA). É administrado de forma intratecal¹. Outra droga é a medicação *Onasemnogene abeparvovec* (*Zolgensma*®). Possui dose única e foi aprovada pela FDA para pacientes com menos de 2 anos que têm mutações nas duas cópias do gene *SMN1*, o único grupo estudado⁴. Ele é administrado de forma intravenosa e consegue ultrapassar a barreira hematoencefálica, porém a duração máxima do efeito ainda é desconhecida⁴.

O *Risdipram* é outra estratégia terapêutica recente, que foi aprovada este ano pela FDA. Ele é administrado por via oral, o que facilita sua biodisponibilidade no SNC e tecidos periféricos^{3,7}. Outros medicamentos estão em fases finais de testes, como o SRK-105 e o Reldesemtiv, demonstrando resultados satisfatórios^{1,2}.

Tabela 1- Medicamentos aprovados para o tratamento da AME

Medicamento	Mecanismo de Ação Eficácia
<p data-bbox="224 323 570 359"><i>Nusinersen (Spinraza®)</i></p> <p data-bbox="224 1010 570 1098"><i>Onasemnogeneaeparvov ec (Zolgensma®)</i></p>	<p data-bbox="618 323 1008 485">Ele é um oligonucleotídeo No AME tipo I reduz a <i>antisense</i> (ASO) que age mortalidade ou</p> <p data-bbox="618 506 1008 579">aumentando a inclusão de progressão para</p> <p data-bbox="618 600 1008 669">exon 7 nas transcrições de ventilação em período</p> <p data-bbox="618 690 984 760">RNAm de <i>SMN2</i>. Ele se integral ⁵</p> <p data-bbox="618 781 1000 850">liga a um sítio silenciador Nos AME tipos I e II</p> <p data-bbox="618 871 1000 940">de <i>splicing</i> no íntron 7 de melhora a função</p> <p data-bbox="618 961 984 1031"><i>SMN2</i> e inibe a ação de motora dos pacientes</p> <p data-bbox="618 1052 1032 1121">outros fatores que retiram o ⁶.</p> <p data-bbox="618 1142 1000 1283">éxon 7 no RNAm ^{1,2}. Isso gera maior quantidade de proteína funcional ².</p> <p data-bbox="618 1335 992 1404">Utiliza o capsídeo de um O medicamento</p> <p data-bbox="618 1425 1008 1495">adenovírus não replicante parece ser eficaz</p> <p data-bbox="618 1516 1024 1585">para introduzir a sequência contra AME. Em um</p> <p data-bbox="618 1606 1016 1675">gênica selvagem de <i>SMN1</i> dos estudos, 92% dos</p> <p data-bbox="618 1696 992 1766">nos neurônios motores ¹. recém-nascidos</p> <p data-bbox="618 1787 927 1875">tratados conseguiram falar, ter controle</p>

	<p>motor, como sustentar a cabeça e sentar após 2 anos de tratamento. Outro estudo demonstrou melhora em relação à</p>
--	--

	<p>sobrevida e função motora ⁴.</p>
<p><i>Risdiplam (EVRYSDI®)</i></p>	<p>Atua na modulação de Em AME com início <i>splicing</i> no gene <i>SMN2</i>, infantil, resultados através da ligação em dois promissores na sítios do pré-RNA desse habilidade de gene: 5´ss no íntron 7 e sentar-se ESE2 no exon 7. A independentemente especificidade dessa (41%) e na sobrevida ligação aumenta os níveis sem ventilação de RNA e de SMN no permanente (81%). sangue, cérebro e Em AME com início músculos; isso se dá, tardio, os pacientes também, por sua obtiveram um administração via oral, o desempenho que aumenta sua significativo em testes biodisponibilidade em tais de função motora ⁷. tecidos ¹</p>

Os estudos demonstraram melhor eficácia em crianças com diagnóstico e início precoces da doença, o que aponta a importância da triagem multidisciplinar em recém-nascidos para uma melhor eficácia do tratamento e prognóstico ^{1,3}.

Conclusão

Até poucos anos atrás, a AME era tratada apenas com terapia de suporte. Nos últimos anos, medicamentos que favorecem a expressão dos genes *SMN1* ou *SMN2* e produção da proteína SMN no SNC, têm demonstrado resultados satisfatórios no tratamento da doença, pois amenizam o fenótipo e a morbidade nos diferentes tipos de AME. No entanto, estudos adicionais são necessários para determinar a eficácia a longo prazo dessas medicações. Assim como novas drogas potenciais em fase avançada de ensaios clínicos prometem ser promissoras para o tratamento da doença.

Referências

1. Messina S, Sframeli M. New Treatments in Spinal Muscular Atrophy: Positive Results and New Challenges. *J Clin Med*. 2020 Jul 13;9(7):2222.
2. Schorling DC, Pechmann A, Kirschner J. Advances in Treatment of Spinal Muscular Atrophy - New Phenotypes, New Challenges, New Implications for Care. *J Neuromuscul Dis*. 2020;7(1):1-13.
3. Ramdas S, Servais L. New treatments in spinal muscular atrophy: an overview of currently available data. *Expert OpinPharmacother*. 2020 Feb;21(3):307-315.
4. Stevens D, Claborn MK, Gildon BL, Kessler TL, Walker C. Onasemnogene Abeparvovec-xioi: Gene Therapy for Spinal Muscular Atrophy. *Ann Pharmacother*. 2020 Oct;54(10):1001-1009.
5. Wadman RI, van der Pol WL, Bosboom WM, Asselman FL, van den Berg LH, Iannaccone ST, Vrancken AF. Drug treatment for spinal muscular atrophy type I.

Cochrane Database Syst Rev. 2019 Dec 11;12(12):CD006281.

6. Wadman RI, van der Pol WL, Bosboom WM, Asselman FL, van den Berg LH, Iannaccone ST, Vrancken AF. Drug treatment for spinal muscular atrophy types II and III. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jan 6;1(1):CD006282.

7. Singh RN, Ottesen EW, Singh NN. The First Orally Deliverable Small Molecule for the Treatment of Spinal Muscular Atrophy. Neurosci Insights. 2020 Nov 23;15:2633105520973985.

Descoberta de Pancreatite Autoimune IgG4+ por persistência de alterações de enzimas hepáticas e pancreáticas após colecistectomia por colecistite aguda - Relato de Caso

Fernanda Gonçalves de Carvalho¹; Fernando Oliveira dos Santos¹; Gabriela

Feldman Zogbi¹, Rodrigo Michels²

1- Acadêmico(a) do curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

2- Orientador; médico cirurgião do aparelho digestivo

E-mail: fegcarvalho08@outlook.com

INTRODUÇÃO

A pancreatite autoimune (AIP) é uma doença fibroinflamatória crônica do pâncreas, que é do espectro das doenças relacionadas à imunoglobulina G subclasse 4.¹ Existem dois subtipos de AIP que foram identificados: tipo 1: pancreatite esclerosante linfoplasmocitária (LPSP) e tipo 2: caracterizada por infiltração neutrofílica no epitélio pancreático.² Esta doença afeta tipicamente homens idosos com idade média de diagnóstico acima de 60 anos e uma preponderância masculina de 3:1.¹ Os critérios diagnósticos da AIP consistem em 5 itens: características patológicas, envolvimento de outros órgãos, eficácia da terapia com esteroide, achados de imagem e sorológicos.² Os níveis de IgG4 geralmente estão elevados na AIP.¹ A tríade histológica precisa para um diagnóstico abrange infiltrado linfoplasmocitário, esclerose e flebite obliterativa. No entanto, um diagnóstico definitivo requer a demonstração de uma população aumentada de células plasmáticas IgG4+.^{2,3} O tratamento inicial de ambos tipos de AIP é com corticosteroides orais.¹ Resultados indicam que o prognóstico a curto prazo do AIP tipo 1 é satisfatório, no entanto, o prognóstico a longo prazo não é claro, pois existem muitos fatores desconhecidos.⁴

OBJETIVO

Relatar um caso de pancreatite autoimune descoberto após colecistite calculosa que, após realizada colecistectomia, evoluiu com dores abdominais e persistência de alteração das enzimas hepáticas e pancreáticas, levando a este diagnóstico.

METODOLOGIA

Os dados deste trabalho foram obtidos através de anamnese, revisão de

prontuário do paciente em questão e critérios diagnósticos. CAAE: 41982921.0.0000.5509.

RELATO

O presente caso refere-se ao paciente S.P.S., masculino, 59 anos, natural e procedente de Jacareí-SP, nega diabetes e HAS, alérgico a dutam. Em 10/01/2020 apresentou-se no pronto-socorro com mal estar, vômito, poliúria, perda ponderal, PA normal, seu abdome estava flácido e indolor, apresentava icterícia 3/4+, internado para esclarecer hepatite a partir da sorologia. Foi realizada coleta de amostra sanguínea para HVA, HVB, HVC, HIV. Foram feitas notificações para HIV e hepatite. Em 11/01 o hemograma mostrou dislipidemia, diabetes, lipase de 572U/L (ref: 6 a 51 U/L), amilase normal (73U/L), bilirrubina total muito aumentada: 6,96mg/dL, sendo direta 4,47mg/dL e indireta 2,49mg/dL, Gama-GT: 559U/L (ref.: 7 a 58U/L), TGO e TGP muito alteradas, respectivamente: 218 e 364U/L.

No dia 13/01, detectou-se sorologia positiva de IgG para citomegalovírus e foi realizada TC de abdome superior e pelve e USG de abdome superior que mostrou aspectos sugestivos de pancreatite aguda, conforme fig.1, provável colecistopatia calculosa e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, com hepatocolédoco medindo cerca de 14mm, provavelmente relacionadas a cálculo, associar resultados com CPRE.

Em 15/01, identifica-se quadro de hepatite, coledocolitíase e colecistite, sendo necessária CRNM e posterior CPRE para provável colecistectomia. A CRNM revela pancreatite aguda, dilatação das vias biliares e afilamento de colédoco distal.

No dia seguinte, evolui em REG e faz hemograma que mostra lipase pouco elevada: 54U/L e bilirrubinas totais e frações todas bem elevadas, fosfatase alcalina 260U/L, gama-GT 314U/L, TGO e TGP elevadas, respectivamente 92 e 157U/L, hipoalbuminemia (3,0g/dL) e PCR elevada: 16,88mg/dL. No dia 18/01 apresenta flebite em MSE tratada com compressa.

O paciente faz no dia 21/01 CPRE, que realiza passagem de prótese biliar prostática e observa estenose do colédoco distal, provocando dilatação das vias biliares a montante. Em 22/01, ele tem colelitíase assintomática, cursando com pancreatite aguda biliar, com colecistectomia videolaparoscópica agendada para o dia seguinte às 14 horas. A mesma é feita sem intercorrências, com laudo histopatológico de colecistite crônica com fibrose de lâmina própria e emissão de septos irregulares parietais, em atividade.

No pós operatório, em 30/01, o paciente refere dor abdominal, faz a retirada dos pontos cirúrgicos e são solicitados exames que detectaram alterações de TGO, TGP, PCR, desidrogenase láctica, bilirrubina total e direta. Devendo retornar em 7 dias para acompanhamento.

Nos dias 13/02, 17/02 e 04/03 seus exames continuam com esses resultados elevados e é solicitada CRNM. Quando em 19/03 e 05/04 o paciente volta ao hospital com dor abdominal, sendo solicitada uma reavaliação por exames e suspeita-se de pancreatite autoimune.

No dia 15/07, o paciente ainda permanecia com as enzimas hepáticas e pancreáticas três vezes acima do nível normal, mesmo após um mês da cirurgia. Foi feita ressonância de abdome superior com CRNM que evidenciou padrão suspeito de pancreatite autoimune. Foi solicitada IgG e subtipos para verificação, dando resultado IgG subtipo 4 positivo 17.654 (ref: até 1.600), sendo o paciente então diagnosticado com pancreatite autoimune IgG4+ e começou a fazer tratamento com prednisona 10g/dia por 30 dias.⁵

Porém, em 19/08 o paciente voltou a ter dor abdominal e sua dose foi para 20g/dia por mais 30 dias. O paciente teve remissão dos sintomas após esse período e faz acompanhamento médico para monitorar uma possível recorrência.⁵

DISCUSSÃO

Pancreatite autoimune é uma entidade caracterizada por processo inflamatório

autoimune. É considerada uma doença sistêmica, com clínica inespecífica. Alguns pacientes evoluem de modo assintomático, com forma de apresentação mais característica a icterícia indolor. O diagnóstico é quase sempre baseado no aumento do número de células IgG4 positivas associado a achados histológicos.⁶ O paciente relatado teve icterícia de 3/4+ como um sinal inicial que constitui a apresentação mais característica da moléstia. Pelo hemograma feito no dia 11/01/2020 viu-se que as enzimas hepáticas e pancreáticas estavam acima dos níveis normais. No dia 13/01, por TC de abdome superior e pelve e USG de abdome superior foi evidenciado aspectos sugestivos de pancreatite aguda. Em 15/01 foi confirmado o quadro de coledocolitíase e colecistite, sendo determinada a realização de uma CRNM e posterior CPRE para provável colecistectomia. No dia 23/01 foi realizada a colecistectomia videolaparoscópica, no entanto, mesmo após um mês dessa cirurgia, as enzimas hepáticas e pancreáticas do paciente continuaram elevadas em até três vezes dos valores normais. Assim, foi solicitada a RM de abdome superior com CRNM que evidenciou um padrão suspeito de pancreatite autoimune. Em seguida, foi pedida a dosagem de IgG e seus subtipos para verificação. O resultado para IgG4 foi positivo com valor de 17.654, sendo o valor normal até 1.600. O paciente do caso foi, então, diagnosticado com pancreatite autoimune IgG4+ sendo iniciado o tratamento com corticoide.

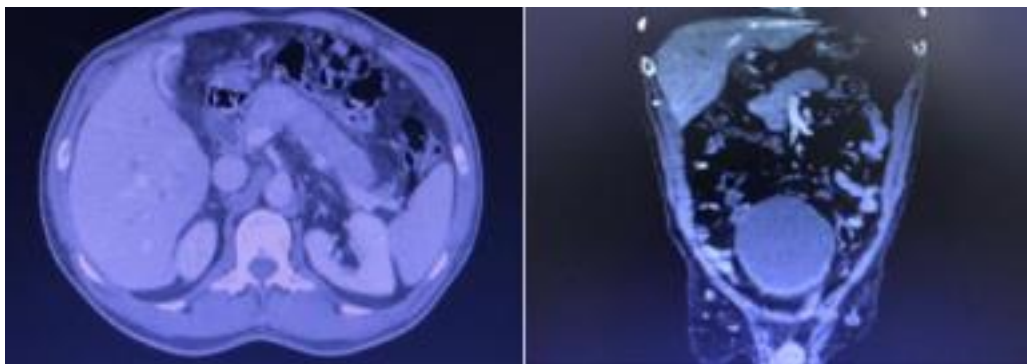


Fig. 1- TC de abdome de pâncreas heterogêneo

REFERÊNCIAS

1. Majumder S, Takahashi N, Chari ST. Autoimmune Pancreatitis. 2017 Mar. DOI 10.1007/s10620-017-4541-y.
2. Lian MJ, Liu S, Wu GY, Liu SY. Serum IgG4 and IgG for the diagnosis of autoimmune pancreatitis: A systematic review with meta-analysis. 2015. DOI: 10.1016/j.clinre.2015.06.002.
3. Divatia M, Kim SA, Ro JY. IgG4-Related Sclerosing Disease, an Emerging Entity: A Review of a Multi-System Disease. 2011 Jul. DOI: 10.3349/ymj.2012.53.1.15.
4. Uchida K, Okazaki K. Clinical and pathophysiological aspects of type 1 autoimmune pancreatitis. 2018 Feb. DOI: 10.1007/s00535-018-1440-8.
5. Kamisawa, T. et al. Advances in IgG4-related pancreatobiliary diseases. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2018; 3: 575–85
6. Galvão-Alves J, Galvão MC. Pancreatite autoimune. *JBM*. 2014 Jan/Feb; 102 (1): 17-22.

Análise da qualidade de vida de pacientes oncológicos em uso de DOAC

Autores: Costa VRG¹, Giusti PFGS¹, Costa W².

1 Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos 2
Docente da Disciplina de Sistema Cardiovascular da Faculdade de Medicina da
Universidade Metropolitana de Santos

E-mail do autor para contato: vicgomesdacosta96@gmail.com

Introdução

O risco de tromboembolismo venoso (TEV) em indivíduos com câncer é cerca de 5 a 6 vezes maior, sendo o tromboembolismo pulmonar a segunda causa de óbito em pacientes oncológicos¹.

Diferentes mecanismos explicam a maior susceptibilidade desses pacientes ao TEV, como: estase devido a possíveis compressões venosas pelo tumor, interação direta das células neoplásicas com o endotélio e substâncias pró-coagulantes sintetizadas pelo tumor².

Para pacientes diagnosticados com TEV associado ao câncer, o uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM) vem sendo largamente utilizado³. Contudo, o surgimento dos anticoagulantes orais diretos (DOAC) possibilitou nova opção para a profilaxia (indicada em pacientes portadores de neoplasia maligna hospitalizados⁴) e terapêutica de TEV³ sendo descrito também como a melhor opção em termos de qualidade de vida para o paciente⁵.

Objetivo

Comparar a qualidade de vida de pacientes em uso de anticoagulantes orais diretos e de heparina de baixo peso molecular na profilaxia e tratamento de TEV associado ao câncer.

Metodologia

Revisão de literatura através de seleção de artigos científicos nas línguas inglesa, portuguesa e alemã disponíveis nas bases de dados PubMed e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) publicados entre 2012 e

2019. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos que abordam a fisiopatologia do tromboembolismo associado aos diferentes tipos de câncer, estudos a respeito das vantagens e desvantagens dos diferentes tratamentos disponíveis para este grupo de pacientes e estudos sobre o prognóstico dos pacientes oncológicos na utilização da medicação com o objetivo de prevenir TEV.

Desenvolvimento

Dentre as opções de anticoagulantes na atualidade estuda-se as HBPM e DOACs⁵. As HBPMs são eficazes, porém a necessidade de injeções diárias e o risco de induzir trombocitopenia são grandes inconvenientes dessa terapia⁵. Os DOACs, que têm sido objeto de vários estudos⁶, apresentam-se em forma de dose oral fixa sem necessidade de monitorização, podendo ser interrompida com facilidade para procedimentos invasivos⁷. Outra vantagem dos DOACs, que afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes, é sua menor sensibilidade a interações medicamentosas e mudanças na dieta⁷, além de não necessitarem de anticoagulação parenteral inicial⁸.

Os DOACs também estão associados à menor incidência de recorrência de TEV quando comparada ao grupo das HBPM, conforme o estudo multicêntrico randomizado SELECT-D, o qual incluiu pacientes com câncer ativo e TVE³. Além das vantagens supracitadas, a utilização de DOACs é viável do ponto de vista farmacoeconômico por permitir economia de milhares de reais em relação à terapia com HBPM⁹.

Através do estudo de coorte internacional prospectivo não intervencionista COSIMO foi possível avaliar a satisfação de pacientes oncológicos ao trocar a anticoagulação padrão (HBPM ou antagonistas da vitamina K) por DOACs para fins de prevenção e tratamento de TVE, onde mostrou-se que 61,4% dos estudados mudaram seu tratamento antigo para tratamento com rivaroxabana pela melhora na qualidade de vida. Além de ter sido descrito em alguns dos desfechos do estudo uma satisfação do paciente com o tratamento ao longo do tempo⁵. Também visando avaliar a satisfação do paciente oncológico com o tratamento com DOACs, o estudo de fase III randomizado CONKO-011 utilizou a escala Anti-Clot Treatment Scale Burden Score (ACTS) e após 4 semanas de tratamento foi verificada uma satisfação significativa

pelos pacientes na utilização dos DOACs em seus tratamentos¹⁰. Nesta escala são mensurados 12 itens: se há sangramento mesmo com o uso da medicação em atividades vigorosas do paciente ou se há sangramentos em atividades normais; presença de hematomas; se a medicação impede o paciente de comer ou beber; se há algum incômodo, diário ou ocasional com a medicação; se o medicamento é de fácil utilização; se tem resultados demorados; se o paciente se preocupa com a terapia estipulada; se esta alguma vez foi frustrante para o paciente e o ônus que a terapia causa¹¹.

Conclusão

Pacientes portadores de neoplasias malignas ativas possuem risco elevado de TEV, sendo o TEP uma das maiores causas de óbito do paciente oncológico. A partir dessa perspectiva, foram feitos estudos comparativos entre classes de anticoagulantes em que a proposta era demonstrar a eficácia das medicações para tratamento e prevenção destas complicações, assim como, elucidar qual a classe que mais ofereceria benefícios ao paciente durante e após o tratamento.

Observou-se que além de ser imperativo demonstrar eficácia dos medicamentos, o paciente necessita de um tratamento individualizado em que sua qualidade de vida seja objetivada. E nesta vertente, os DOACs vem por meio de vários estudos provar sua efetividade nos pilares do tratamento e prevenção contra TEV e TEP na oncologia, sendo também responsável por oferecer maior qualidade de vida ao paciente.

Referências bibliográficas

- 1 - Wysokinski WE, Houghton DE, Casanegra AI, Vlazny DT, Bott-Kitslaar DM, Froehling DA, et al. Comparison of apixaban to rivaroxaban and enoxaparin in acute cancer-associated venous thromboembolism. *Am J Hematol.* 2019; 94(11):1185-1192.
- 2 - Renni MJP, Cerqueira MH, Trugilho IA, Junior MLCA, Marques MA, Koch HA. Mecanismos do tromboembolismo venoso no câncer: uma revisão da literatura. *J Vasc Bras.* 2017;16(4):308-313.
- 3 - Young AM, Marshall A, Thirlwall J, Chapman O, Lokare A, Hill C, et al. Comparison

of an Oral Factor Xa Inhibitor With Low Molecular Weight Heparin in Patients With Cancer With Venous Thromboembolism: Results of a Randomized Trial (SELECT-D). *J Clin Oncol*. 2018 Jul 10;36(20):2017-2023.

4 - Soares J, Galvão T. Anticoagulação no paciente oncológico. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2017;27(4):278-81.

5 - Cohen AT, Maraveyas A, Beyer-Westendorf J, Lee AYY, Mantovani LG, Bach M, et al. COSIMO – patients with active cancer changing to rivaroxaban for the treatment and prevention of recurrent venous thromboembolism: a non-interventional study. *Thromb J*. 2018;16(21).

6 - Prins MH, Lensing AW, Bauersachs R, van Bellen B, Bounameaux H, Brighton TA, et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. *Thromb J* 2013;11(21).

7 - Riess H, Ay C, Bauersachs R, Becattini C, Beyer-Westendorf J, Cajfinger F, et al. Use of Direct Oral Anticoagulants in Patients with Cancer: Practical Considerations for the Management of Patients with Nausea or Vomiting. *Oncologist*. 2018;23(7): 822–839.

8 - Kahale LA, Hakoum MB, Tsoiakian IG, Matar CF, Terrenato I, Sperati F, et al. Anticoagulation for the long-term treatment of venous thromboembolism in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;6(6):CD006650.

9 - Sampaio TBP, Renni MJP, Costa RS. Análise de Custo-efetividade e Impacto Orçamentário de Anticoagulantes no Tratamento da Trombose Venosa Profunda em Pacientes Oncológicos. *Rev. bras. cancerol*. 2019; 65(3):e-01295.

10 - Riess H, Sinn M, Kreher S. C. CONKO-011: Evaluation der Patientenzufriedenheit bei der Behandlung akuter venöser Thromboembolien mit Rivaroxaban oder niedermolekularem Heparin bei Krebspatienten. *Dtsch Med Wochenschr*. 2015;140(1):22–23.

11 - Cano SJ, Lamping DL, Bamber L, Smith S. The Anti-Clot Treatment Scale (ACTS) in clinical trials: cross-cultural validation in venous thromboembolism patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:120.

Palavras-chave: Cardio-oncologia; tromboembolismo venoso associado ao câncer;

heparina de baixo peso molecular; anticoagulantes orais.

Avaliação morfométrica da profundidade do complexo forame/ canal/ sulco infra-orbitário (FIO/ CIO/ SIO)

Catarina Alipio de Freitas; Gabriel Fernandes de Oliveira; Isabella Sanches dos Santos Borges; Thomas dos Reis Rodrigues

RESUMO:

Introdução: O complexo forame infra-orbitário (FIO)/ canal infra-orbitário (CIO)/ sulco infra-orbitário (SIO) é uma formação anatômica por onde percorre o nervo infra-orbitário (NIO), estrutura essa considerada de importância para abordagem cirúrgica do assoalho orbital em fraturas orbitais do tipo “blow out”.

Objetivo: investigar as diferenças morfométricas e a prevalência da profundidade do complexo CIO/ SIO em crânios secos, e apontar a importância dessas variações na prática cirúrgica de lesões de nervos e face.

Método: utilizou-se 15 crânios adultos (30 lados), a partir dos quais foram tiradas medidas de profundidade do complexo FIO/ CIO/ SIO. O estudo foi realizado na Universidade Metropolitana de Santos com o auxílio de um paquímetro digital.

Resultados: observou-se pequenas variações entre as medidas de profundidade, apresentando um valor mínimo de 17,13 mm e um valor máximo de 37,08 mm. Sendo a média dos 30 valores de 27,243 mm e o desvio padrão de aproximadamente 4,729723.

Conclusão: o conhecimento preciso da anatomia da região infra-orbitária é essencial para uma cirurgia mais segura e eficaz de correção de fratura do assoalho de órbita, visando a preservação da visão e da estética. Dessa forma, as complicações pós-operatórias podem ser diminuídas e o melhor resultado pode ser fornecido.

Pizotifeno para o tratamento da enxaqueca: revisão sistemática e metanálise.

Giovanna Marcílio Santos¹ Giullia Carvalho Mangas Lopes¹ Ana Luiza Cabrera Martimbianco² Yara Dadalti Fragoso²

1. Acadêmicas de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil. 2. Docente da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.

e-mail do autor: giovanna.marcilio2001@gmail.com

1. Introdução:

Mais de 10% dos adultos são afetados pela enxaqueca, com altos custos socioeconômicos, e uso excessivo de medicamentos. A doença é importante causa de absenteísmo e excesso de consultas e exames médicos. Apenas duas classes de drogas atualmente comercializadas foram desenvolvidas especificamente para essa condição: o relativamente antigo pizotifeno e o anticorpo monoclonal (MAb) anti-CGRP.

Os anticorpos monoclonais anti-CGRP têm bom perfil de segurança e são bem-sucedidos no controle da enxaqueca, tendo como complicador o custo de cerca de US \$ 200 / mês por paciente. O pizotifeno, por outro lado, custa pouco e o único evento adverso incômodo é o ganho de peso. Contudo, ainda há controvérsias na literatura a este respeito. O pizotifeno pode diminuir as crises de enxaqueca por uma fração do preço de alguns outros medicamentos com o mesmo propósito.

Nunca houve uma revisão sistemática e metanálise sobre o pizotifeno para o tratamento da enxaqueca. Caso o pizotifeno demonstre resultados satisfatórios, muitos indivíduos que não podem pagar a nova terapia custosa, poderiam se beneficiar com a mais antiga.

2. Objetivo:

Avaliar os efeitos (benéficos e malefícios) do pizotifeno no tratamento da enxaqueca em adultos.

3. Metodologia:

Esta revisão sistemática seguiu as recomendações metodológicas do Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções e da diretriz PRISMA. O protocolo desta revisão foi registrado na plataforma PROSPERO. Foram incluídos os ensaios clínicos randomizados (ECRs) com desenho paralelo que avaliaram os efeitos do pizotifeno para enxaqueca em adultos. Os desfechos primários analisados foram: redução de frequência, severidade e/ou duração dos episódios de enxaqueca; redução de medicamentos analgésicos; e eventos adversos. Foram desenvolvidas estratégias de busca sensíveis para as seguintes bases de dados: Cochrane Library (via Wiley); MEDLINE (via PubMed); EMBASE (via Elsevier); LILACS (via BVS) e PsycINFO (via EBSCO); além das plataformas de registro de ensaios clínicos: Clinicaltrials.gov e WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP). A literatura cinzenta foi pesquisada via OpenGrey e a pesquisa manual foi feita por meio da verificação das listas de referências de estudos relevantes. Os ECRs foram selecionados por 2 autores de maneira independente, lendo os títulos e textos, por meio da plataforma Rayyan. As referências classificadas como "potencialmente elegíveis" foram lidas em texto completo. A extração de dados e avaliação da qualidade metodológica (tabela Cochrane Risk of Bias) também foram feitas por dois autores independentes. A síntese de dados para resultados dicotômicos foi feita pelo cálculo de risco relativo (RR), enquanto que para resultados contínuos pela diferença de média (DM). Além disso, os dados dos estudos foram combinados em metanálise quando possível. A certeza das evidências foi avaliada pela abordagem GRADE.

4. Resultados/ Desenvolvimento:

As estratégias de busca recuperaram 749 referências, após remoção de 104 duplicatas, 645 estudos foram analisados por título e resumo. Destes, 623 foram excluídos e vinte e dois foram analisados por texto completo. Quatorze estudos foram

excluídos por serem ensaios do tipo crossover ou a randomização não estava clara. Oito ECRs foram incluídos nesta revisão.¹⁻⁸

4.1 Características dos estudos incluídos (8 ECRs) (n= participantes):

- **Behan 1985:** n= 60; Escócia; Pizotifeno versus Clonidina.
- **Behan 1986:** n=67; Escócia; Pizotifeno versus Naproxeno Sódico. • **Bellavance et al., 1990:** n=176; Canadá; Pizotifeno versus Naproxeno Sódico. • **Cerbo et al., 1985:** n=30; Itália; Pizotifeno versus Flunarizina.
- **Chitsaz et al., 2012:** n=42; Irã; Pizotifeno versus Naproxeno Sódico. • **Lawrence et al., 1977:** n=36; Inglaterra; Pizotifeno versus placebo. • **Louis et al., 1982:** n=75; Bélgica e Países Baixos; Pizotifeno versus Flunarizina. • **Rascol et al., 1986:** n= 35; França; Pizotifeno versus Flunarizina.

Na avaliação da qualidade metodológica apenas um estudo (Rascol) apresentou baixo viés de seleção, demais estudos foram julgados com risco incerto de viés.

4.2 Pizotifeno versus placebo

Frequência, intensidade e duração dos episódios

O pizotifeno parece apresentar melhora quando comparado ao placebo, mas esse resultado foi considerado impreciso devido ao amplo intervalo de confiança (RR 6,00 IC95% 1,63 a 22,03; p = 0,007).

Eventos adversos:

Os resultados da metanálise não mostraram diferença entre grupos quanto ao ganho de peso (variando de 0,5 a 4 Kg). Este resultado foi impreciso devido a um amplo intervalo de confiança (IC) (RR 1,92 IC 95% 0,30 a 12,38; 2 ECRs; 142 participantes; I² = 67%; p = 0,49) (**Figura 1**).

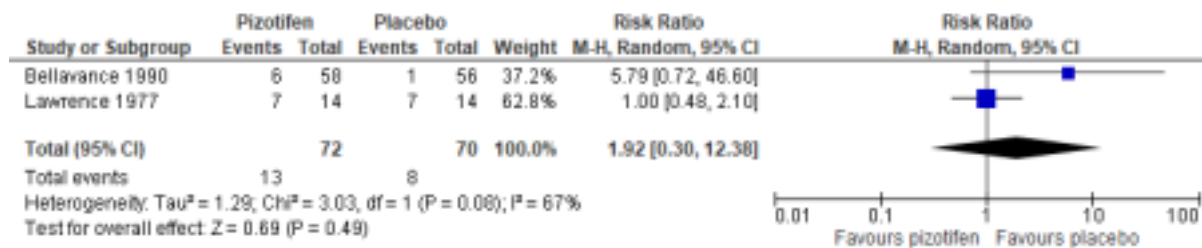


Figura 1. Meta-análise de pizotifeno versus placebo. Resultado: eventos adversos (ganho de peso).

4.3 Pizotifeno versus flunarizina, naproxeno, valproato de sódio e clonidina.

Pizotifeno versus flunarizina: resultado incerto dada extensão do IC. (RR 1,07 IC 95% 0,57 a 2,01; 3 ECRs; 140 participantes; I² = 0%; p = 0,84).

Pizotifeno versus naproxeno: não houve diferença entre grupos nas características da cefaléia. Quanto ao ganho de peso, a metanálise apresentou IC amplo e resultado impreciso (RR 11.45 95% IC 1.52 a 86.21; 2 ECRs; I² = 0%; 183 participantes; p=0.90).

Pizotifeno versus valproato de sódio: redução significativa da frequência de episódios, no grupo do pizotifeno (MD 2,80 IC 95% 1,42 a 4,18) e na gravidade dos episódios (RR 1,30 IC 95% 0,61 a 1,99). Não houve diferença na duração e efeitos adversos, incluindo o ganho de peso (1 versus 3; RR 0.33 95% IC 0.04 a 2.95).

Pizotifeno versus clonidina: parece haver uma melhora geral a favor do pizotifeno, porém o IC da análise é amplo e este resultado torna-se impreciso (RR 5,88 CI 95% 2,06 a 16,78; p = 0,0002).

4.4 Certeza da evidência

Com base na abordagem GRADE, a certeza do corpo da evidência foi classificada como muito baixa sobre o efeito do pizotifeno versus placebo, o que indica que ainda não há confiança nos achados devido principalmente ao reduzido tamanho da amostra dos estudos incluídos.

5. Conclusão:

A enxaqueca é um fardo para os pacientes, além de custoso socioeconomicamente, chegando a uma média de € 2.427/paciente/ano nos EUA e Canadá. Para países em desenvolvimento, tal tratamento não é realista. Os países mais pobres exigem medicamentos eficientes, que podem tratar a enxaqueca e evitar descontinuações. Para essa situação, o pizotifeno pode ser uma alternativa.

Esta revisão sistemática demonstrou que o pizotifeno foi superior ao placebo e não inferior ao naproxeno, flunarizina, valproato e clonidina no tratamento da enxaqueca. Os eventos adversos do pizotifeno foram restritos ao ganho de peso. Os ensaios clínicos com pizotifeno foram conduzidos há algumas décadas, com baixo número de participantes e riscos incertos de viés; o corpo de evidência foi classificado como "muito baixo" devido a limitações metodológicas. Um novo ensaio no século 21 poderia fornecer boas evidências da segurança e eficácia deste medicamento barato.

6. Referências:

1. Behan PO; Prophylaxis of migraine: a comparison between naproxen sodium and pizotifen. *Cephalalgia*, 1985; 5(0):524-5.
2. Behan PO, Conelly K; Prophylaxis of migraine: a comparison between naproxen sodium and pizotifen. *Headache*, 1986; 26(5):237-9.
3. Bellavance AJ, Meloche, JP; A comparative study of naproxen sodium, pizotyline and placebo in migraine prophylaxis. *Headache*, 1990; 30(11):710-5.
4. Cebo R, Casacchia M, Formisano R, *et al*; Flunarizine-pizotifen single-dose double-blind cross-over trial in migraine prophylaxis. *Cephalalgia*, 1986; 6(1):15-8.
5. Chitsaz A, Najafi MR, Zangeneh FA; Pizotifen in migraine prevention: A comparison with sodium valproate. *Neurology Asia*, 2012; 17(4): 319-24.
6. Lawrence, ER; Hossain, M; Littlestone, W; Sandomigran for migraine prophylaxis, controlled multicenter trial in general practice. *Headache*. 1977; 17(3):109-12
7. Louis, P; Spierings, EL; Comparison of flunarizine (Sibelium) and pizotifen (Sandomigran) in migraine treatment: a double-blind study. *Cephalalgia*. 1982; 2(4):197-203
8. Rascol, A; Montastruc, JL; Rascol, O; Flunarizine versus pizotifen: a double-blind study in the prophylaxis of migraine. *Headache*. 1986; 26(2):83-5

A tríade hipertensão, edema e proteinúria ainda são critérios relevantes para diagnóstico de Pré-eclampsia?

Kamilla Mayr Martins Sá

Aluna da Graduação do Curso de Medicina da UNIMES

Email: kamillamm@hotmail.com.br

Orientador: Prof. Dr. Claudio Marcellini

Prof. Titular de Ginecologia do Curso de Medicina - UNIMES.

Resumo

Relata-se um caso de paciente secundigesta com talassemia minor que apresentou pré-eclampsia. Apresentando etiologia e fisiopatologia não concretas, a pré-eclampsia é uma doença na gestação difícil prevenção, que exige uma habilidade clínica do médico para identificação de diversos fatores, que irão ter impacto direto na saúde do binômio materno-fetal. Para tanto o estudo de como um quadro desse é conduzido, em paralelo com os avanços apresentados na literatura faz o questionamento inicial ser intitulado, afim de caracterizar os parâmetros para diagnóstico.

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas são algo relevante, dentre as doenças da gestação, devido à alta mortalidade materna e fetal, obtendo destaque a pré-eclampsia. A pré-eclampsia é uma das mais importantes e graves intercorrências do ciclo gravídico-puerperal, sendo responsável por 25% das mortes maternas em nosso meio. É uma doença que envolve disfunção endotelial e intensa resposta inflamatória. ¹

A busca de marcadores sorológicos para rastreio das mulheres com risco de desenvolver pré-eclampsia ou que possam antecipar o seu diagnóstico é a preocupação atual. A dopplervelocimetria no final do 1º trimestre pode identificar a inadequada invasão trofoblástica com persistência de elevada resistência ao fluxo nas artérias uterinas. O achado de fluxo sanguíneo de baixa resistência e ausência de incisura protodiastólica se relaciona com baixo risco de desenvolvimento da doença.²

A pré eclampsia se insere em um quadro de invasão trofoblástica inadequada, atuando na porção decidual das arteríolas espiraladas³, as quais normalmente tem sua resistência diminuída no período gravídico e que em vigência da patologia permanecem firmes, gerando hipóxia, determinando o desenvolvimento de estresse oxidativo e assim a produção excessiva de fatores inflamatórios, determinando o estágio pré-clínico da manifestação.

Conforme a decorrência, o estágio clínico caracteriza-se pela persistência de disfunção placentária lesando o endotélio, aumento da resistência do vaso e assim hipertensão arterial, diminuindo a perfusão tecidual e comprometimento de órgãos alvo, sendo as alterações renais (glomeruloendoteliase) as mais características, ligando-se assim ao aparecimento de proteinúria (acima de 300mg/24h)⁴. A proteinúria faz-se relevante em comparação diagnóstica associada a creatinúria ($\geq 0,3$ mg/dl - P/C), o que demonstra que proteinúria não deve ser usada isoladamente para pautar diagnóstico.

OBJETIVOS

Relatar um caso sobre pré-eclampsia e comparar com uma busca nas sobre o tipo de diagnóstico utilizado para caracterizar a doença.

METODOLOGIA

Foi realizada análise de prontuário do paciente e a estratégia de busca nas bases de dados Medline (via PubMed), Cochrane Library e LILACS. O trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética CAAE: 34534620.5.0000.5509.

RESULTADOS

Relata-se o caso de paciente do sexo feminino, 32 anos, secundigesta (com primeiro

parto sendo normal), consulta em ambulatório de Santos- SP com histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS)-130/80- anterior a gestação, diabetes, infecção urinária, histórico de infertilidade, beta talassemia minor não significativa, data da última menstruação em 24 de maio de 2019, data provável do parto para 26 de fevereiro de 2020. Na primeira consulta no ambulatório antes da gravidez, pós ser diagnosticada com HAS, iniciou uso de Losartana Potássica 50 mg, um comprimido 2x ao dia e apresentava exames gerais normais além da HAS. Ao decorrer do acompanhamento de pré-natal,

retornou ao ambulatório, com 16 semanas de gestação, iniciando uso de Cumina e Troxerrutina, um comprimido antes de dormir e Nitrofurantoina (macrodantina) 100mg, um comprimido ao dia durante 10 dias. Um mês depois a paciente com 20 semanas, introduzido Metildopa 250mg 1 comprimido de 8 em 8 horas até a próxima consulta. Na consulta de seguimento, a paciente com 24 semanas apresentou PA de 110/70 e proteinúria significativa de 2,2mg /24h, diagnosticada com pré-eclampsia.

DESENVOLVIMENTO

A pré eclampsia(PE) por não possuir etiologia concreta é uma síndrome hipertensiva gestacional difícil de ser prevenida, porém há fatores de risco relacionados a sua ocorrência como, hipertensão arterial crônica, idade maior que 40 anos e primípara ou multípara, IMC maior que 30 na primeira consulta do pré-natal, PE prévia, nuliparidade.

Diante do diagnóstico o foco é preservar mãe e feto, fatores em conjunto que devem ser observados na hora do tratamento. De acordo com o grau de hipertensão (**Hipertensão arterial leve:** PA sistólica ≥ 140 e < 150 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 e < 100 mmHg; **Hipertensão arterial moderada:** PA sistólica entre ≥ 150 e < 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 100 e < 110 mmHg; **Hipertensão arterial grave:** PA sistólica ≥ 180)⁵ haverá a recomendação de uso de determinado medicamento, tendo como intervenção farmacológica o uso de hipotensores, principalmente pindolol na dose de 5 a 5 mg por via oral, duas vezes por dia. No caso da paciente foi utilizado o medicamento Metildopa 250 mg, um simpatolítico de ação central, bloqueador do receptor α_2 (alfa-adrenérgico).

A necessidade de redefinição das características laboratoriais para o diagnóstico de

pré eclampsia foram levadas em conta pela Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez (ISSHP), a qual realizou um estudo retrospectivo com 66.946 gestações únicas diagnosticadas com PE baseados na presença de hipertensão e proteinúria, e incluindo casos sem proteinúria, mas com evidências de disfunção renal, hepática ou hematológica.⁶

REFERENCIAS

1. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Sep;170(1):1-7. Review.
2. Giordano JC, Parpinelli MA, Cecatti JG, Haddad SM, Costa ML, Surita FG, et. al. The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil. *PLoS One.* 2014; 9(5):e97401.
3. **MOORE**, Keith L. et al. **Embriologia** clínica. Ed.10, v.1,p 112-115. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
4. Walsh SW. Obesity: a risk factor for preeclampsia. *Trends Endocrinol Metab.* 2007;18(10):365-70.
5. ZUGAIB, M. Obstetrícia. 3ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.

Palavras-chave: síndrome hipertensiva gestacional, pré-eclampsia, edema, proteinúria, morbimortalidade materna e fetal.

Afasia bilingue no contexto inicial de acidente vascular encefálico: relato de caso

Autores: Gabriela Resende Da Silva – gabrielaresendesilvars@gmail.com; Isabela Albuquerque Varela – isabelaavarela@gmail.com; Kamilla Mayr Martins Sá – kamillamm@hotmail.com.br; Maria Augusta Duarte Fernandes – mariaaugustadfernandes@gmail.com

Alunas da graduação do 4º semestre do curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

Orientação: Prof. Dr. Joseph Bruno Bidin Brooks e Prof. Dr. Fábio César Prosdócimi
Professores da graduação do curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos 2020

1. INTRODUÇÃO

A afasia é uma condição decorrente de uma lesão no cérebro, comumente no hemisfério esquerdo, ocasionada por. Por acometer geralmente o hemisfério

esquerdo, áreas responsáveis pelas habilidades de ordenação dos movimentos da fala, áreas associativas e de compreensão são afetadas, caracterizando um déficit linguístico nos níveis semânticos, sintáticos, fonológicos e morfológicos. ¹

No limiar de um mundo globalizado acentua-se o interesse em dominar inúmeros idiomas, o que difundiu o bilinguismo. Assim, emerge a afasia bilíngue, tipificada por mistura de códigos, troca de códigos e problemas relacionados à tradução. ^{2,3}

A mistura de códigos ocorre quando um indivíduo inclui componentes de uma língua na formação de outra. ^{2,3} Já os problemas relacionados à tradução podem se manifestar de quatro formas: a falta de habilidade de traduzir; a tradução espontânea; a tradução sem compreensão; e a tradução paradoxal, em que o paciente consegue traduzir somente para a língua em que não fala espontaneamente. ^{2,3}

O tratamento, atualmente, baseia-se em estimulação elétrica transcraniana, terapias específicas para categorizações e nomeações, além do tratamento baseado em fármacos. ⁴

Na recuperação da afasia bilíngue há inúmeros fatores a considerar-se, como: proficiência pré mórbida (antes da lesão), similaridade linguística entre as línguas faladas, idade em que a língua foi introduzida ao paciente, frequência do uso, lugar e tamanho da lesão. ⁵ Desde modo, de forma geral a maioria dos indivíduos bilíngues com afasia revelam recuperação paralela das línguas, outra parte dos indivíduos apresentam uma recuperação melhor da língua adquirida pela primeira vez (L1) do que uma língua aprendida posteriormente (L2) e a minoria mostra melhor recuperação da L2 se comparada a L1, a taxa de recuperação de L2 pode ser mais alta quando os indivíduos aprendem a segunda língua antes dos sete anos. ⁵

Desse modo, existem duas abordagens teóricas de padrões de recuperação na afasia bilíngue: ⁶

I. Abordagem *Localizationalist* – a qual reconhece que diferentes línguas são armazenadas em diferentes regiões do cérebro, o que explica o porquê afásicos multilíngues podem perder uma língua, mas não outras.

II. Abordagem Dinâmica – a qual reconhece um sistema interligado de

representação e controle da linguagem. Assim, a recuperação ocorre apenas se a lesão não afetar totalmente as áreas de linguagem, mas apenas inibir temporariamente.

PALAVRAS-CHAVE: Afasia bilingue; multilinguagem; expressão; AVE; idioma.

2. OBJETIVO

Relatar um caso a partir de prontuário de paciente com quadro neurológico, comparando com a literatura.

3. METODOLOGIA

Foi utilizado o prontuário do paciente e foi realizada pesquisa nas bases de dados MedLine via PubMed e Cochrane Library.

O trabalho foi submetido e aceito a Plataforma Brasil/comitê de ética com **CAAE:** 35448020.6.0000.5509 e **número do parecer:** 4.239.997

4. DESCRIÇÃO DO CASO

O presente caso refere-se a um paciente do gênero masculino, 52 anos de idade, natural de Arkansas-Estados Unidos da América e procedente há 20 anos de Santos-SP, engenheiro civil (formado em Arkansas), casado. Este norte-Americano viveu nos Estados Unidos por 25 anos e mora em Santos-SP desde então. Ele fala inglês e português fluentemente. Dentre os antecedentes pessoais mórbidos, destacam-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) de controle inadequado. Apresentou súbita diminuição de força e sensibilidade em hemicorpo direito, associado a distúrbio na linguagem. Os exames de imagem (Tomografia computadorizada e posteriormente Ressonância nuclear magnética de crânio) evidenciaram lesão hemorrágica em topografia do núcleo lenticular à esquerda.

Na avaliação neurológica, evidenciou-se hemiparestesia e hemiparesia proporcionada e completa à direita. Na avaliação da linguagem, apresentou importante comprometimento da fluência, compressão e repetição na língua portuguesa e relativa preservação, com discreta disfunção na fluência na língua inglesa. O tratamento sintomático foi instituído com melhora parcial dos sintomas motores e completa da afasia.

5. DISCUSSÃO

O paciente incluso no estudo possui nacionalidade americana, sendo a língua inglesa classificada como sua L1, já que foi a primeira linguagem de contato na infância. Do mesmo modo ao mudar-se para o Brasil, adquiriu a língua portuguesa como sua L2.

Nesse cenário, a afasia do paciente ocasionada por acidente vascular encefálico (AVE), no núcleo lenticular à esquerda, produziu uma disfunção nos códigos de comunicação, já que o núcleo lenticular é uma estrutura subcortical fonte de motivação e aprendizado, relacionado à linguagem.

A lesão hemorrágica além contribuir diretamente com a perda da fluência da L2 e com uma discreta disfunção na L1; também gerou diminuição efetiva no hemisfério direito, caracterizada por hemiparestesia e perturbação da sensibilidade.

O paciente analisado utilizou de tratamento sintomático, a fim de restabelecer a condição neurológica anterior a lesão e minimizar o comprometimento linguístico e motor.

É importante ressaltar que a eficácia do tratamento é atrelada a inúmeros fatores, como a distância entre as línguas, o tipo de afasia, a proficiência em cada uma das línguas e a modalidade (as modalidades de leitura e compreensão auditiva tendem a ser reabilitadas mais rapidamente que as de produção, fala e escrita).⁷ Assim, evidencia-se a necessidade da detecção individual da área e das condições específicas para cada paciente, a fim de proporcionar um melhor prognóstico.

6. CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a afasia é um distúrbio na linguagem, comumente associado à lesão no hemisfério esquerdo, o qual é caracterizado pela mistura de códigos, troca de códigos e problemas relacionados à tradução. N, destaca-se a afasia bilíngue tipificada por mistura de códigos, troca de códigos e problemas relacionados à tradução, o que ocasiona um desregramento no acesso e na distinção das línguas

No caso apresentado, a afasia decorreu de uma hemorragia no núcleo lenticular à esquerda, o que acarretou grande comprometimento do português, com discreta disfunção na fluência na língua inglesa.

O tratamento sintomático foi utilizado para tratar a disfunção linguística e motora, a

fim de possibilitar o retorno a fluência em ambas as línguas do paciente; além da realização de atividades rotineiras.

7. REFERÊNCIAS

1. Lima SI, Cury EMG. Afasia. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2007.
2. Jackubovicz R. Introdução à afasia. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
3. Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis in aphasia. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovasc Dis.* 2004;17:35-43.
4. Bruna O, Suhevic N. Afasias, Alexias, Agrafias, Acalculias e distúrbio relacionados. In: Plaja CJI, Rabassa OBI, Serrat MMI. Neuropsicologia da linguagem: funcionamento normal e patológico, reabilitação. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2006. p. 49-78.
5. Fabbro F. The bilingual brain: cerebral representation of languages. *Brain Lang.* 2000Nov; 79(2): 211-22.
6. ABUTALEBI, J.; ROSA, P. A.; TETTAMANTI, M.; GREEN, D. W.; CAPPA, S. F. Bilingual aphasia and language control: a follow-up fMRI and intrinsic connectivity study. *Brain and Language*, v. 109, n. 2-3, p. 141-156, 2009.

Avaliação do número de transplantes hepáticos nos últimos 10 anos no Brasil relacionado aos aspectos epidemiológicos e tecnológicos

Kamilla Mayr Martins Sá

Rafael Henrique Azevedo Leite

Alunos da Graduação de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos Email: kamillamm@hotmail.com.br

Orientação: Dr. Guilherme Berenhauser Leite

Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, Gastroenterologista e Hepatologista Santos

RESUMO

O transplante hepático, pós transcender desafios, é atualmente uma importante prática terapêutica, indicada para pacientes com lesão hepática importante, proporcionando sobrevida e melhora na qualidade de vida dos pacientes. Entretanto,

o acesso a esse recurso que não é amplamente distribuído no território brasileiro, apresentou evolução positiva, o comparar os dados da ABTO de 2009 aos de 2019. Esse aumento deve-se não somente pelo maior número de equipes transplantadoras, mas sobretudo, pela distribuição dessas novas equipes em cidades e estados nos quais não existiam.

INTRODUÇÃO

O transplante de fígado evoluiu significativamente nas últimas décadas, de uma técnica experimental até a década de 80 a uma importante opção terapêutica que possibilitou salvar vida de milhares de pacientes em todo o mundo. O Brasil, não se distanciou do contexto mundial, muitos desafios dos grupos pioneiros de transplante de fígado foram superados. Contribuíram para esse desenvolvimento, entre outros, os avanços na técnica cirúrgica, evolução do cuidado do paciente no pré, intra e pós operatório, as novas drogas de imunossupressão, a criação de serviços de captação de órgãos e de toda logística necessária para o sucesso desse grande trabalho em equipe fosse obtido. O Brasil, atualmente, possui o maior programa de transplante de fígado público do mundo. O grande desafio é a oferta dessa importante opção terapêutica aos necessitados, que se encontram distribuídos por todo o território nacional, principalmente porque o Brasil é um país com dimensão continental.

O objetivo desse trabalho foi confrontar os dados do transplante de fígado realizados no Brasil em 2009 com os dados de 2019, e avaliar da evolução ocorrida nesses 10 anos.

OBJETIVOS

Confrontar os dados do transplante de fígado realizados no Brasil em 2009 com os dados de 2019, e avaliar a evolução ocorrida nesses 10 anos.

METODOLOGIA

Foi realizada análise de dados dos transplantes de fígado nos anos de 2009 e 2019, obtidos no Registro Brasileiro de Transplantes, veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO).

RESULTADOS

No ano de 2009, foram realizados 1322 transplantes de fígado no Brasil, dos quais 1201 utilizaram doadores em morte cerebral e 121 doadores vivos, tabela 1. O Brasil possuía 50 equipes de transplante de fígado ativas, tabela 2. As equipes transplantadoras estavam concentradas em 20 cidades de 11 estados.

Já 10 anos depois, no ano de 2019, foram realizados 2445 transplantes de fígado, um aumento de 85%. Foram realizados 73,4 % a mais de transplantes que utilizaram doadores em morte cerebral (2087 transplantes) e, 158 transplantes com doadores vivos, um aumento de 30,5%. Em 2019 existiam 74 equipes transplantadoras ativas, um aumento de 48%, tabela 3.

Transplantes de fígado foram realizados em 17 estados e no Distrito Federal e em 38 cidades do Brasil. Além das 20 cidades que tinham equipe de transplante em 2009, já em 2019 acrescentou-se: Rio Branco; Manaus; Brasília; Goiânia; São Luiz; Belém e Natal. Nos estados que já possuíam centros transplantadores em 2009, em todos aumentou o número de transplantes realizados, com exceção do Espírito do Santo, que teve queda, tabela 4.

Tabela 1: Dados Transplante Hepático 2009

Número Total de Transplantes Brasil	1322
Transplantes em Falecido	1201
Transplante intervivo	121
Transplante entre parentes	109
Transplante Não Parente	12
Equipes Cadastradas	89
Equipes Ativas	50

Fonte: Registro Brasileiro de Transplantes, ABTO, 2009

Tabela 2: Equipes transplantadoras e Transplantes em 2009

Estado	Centros	Cidade	Vivo	Falecido	Total
BA	2	Salvador	0	41	41
CE	3	Fortaleza	0	84	84
ES	2	Cariacica	2	24	29
		Serra	0	3	
MG	2	Belo Horizonte	0	58	58
PB	1	Joao Pessoa	0	5	5
PR	5		0		62
		Campina Grande Do Sul	16	3	
		Curitiba		43	

PE	3	Recife	0	78	78
RJ	4	Itaperuna	0	2	84
		Rio de Janeiro	22	60	
RS	7	Caxias do sul	0	1	107
			1	16	
		Passo Fundo	2	87	
		Porto Alegre			
SC	2	Blumenau	0	97	98
		Joinville	0	1	
SP	19	Campinas	0	48	676
		Ribeirao Preto	0	37	
		SJ do R Preto	0	3	
			78	510	
		São Paulo			

Fonte: Registro Brasileiro de Transplantes, ABTO, 2009

Tabela 3: Dados Transplante Hepático 2019

Número Total de Transplantes Brasil 2245
Transplantes em Falecido 2087
Transplante intervivo 158
Transplante entre parentes 128
Transplante Não Parente 30
Equipes Ativas 74

Fonte: Registro Brasileiro de Transplantes, ABTO, 2019

Tabela 4: Equipes transplantadoras e Transplantes em 2019

Estado	Centros	Cidade	Vivo	Falecido	Total
AC	1	Rio Branco	0	10	10
AM	1	Manaus	0	0	0
BA	3	Salvador	0	41	41
CE	6	Fortaleza	0	229	229
DF	3	Brasilia	0	90	90
ES	2	Cariacica	0	25	25
		Serra	0	0	
GO	1	Goiânia	0	6	6
MA	1	São Luis	0	2	2
MG	10	Belo Horizonte	0	128	168
		Itajuba		12	
		Juiz de Fora		10	
		Montes Claros		18	
PA	1	Belem	0	0	0
PB	2	Joao Pessoa	0	24	24
PR	5	Campina G do	0	60	256
		S	0	30	
		Campo Largo	0	43	
		Cascavel	0	122	
		Curitiba	0	1	
Maringa					
PE	4	Recife	0	158	158

RJ	4	Itaperuna	0	11	268
		Rio de Janeiro	19	238	
RN	1	Natal	0	0	0
RS	7	Caxias do sul	0	0	142
		Passo Fundo	0	4	
		Porto Alegre	9	129	
SC	4	Blumenau	0	96	137
		Joinville	0	10	
		Florianopolis	0	23	
		Jaragua do Sul	0	5	
SP	36	Campinas	0	65	689
		Ribeirao Preto	0	20	
		SJ do R Preto	0	63	
		São Paulo	130	341	
		Botucatu	0	7	
		São J dos C	0	26	
		Sorocaba	0	37	

Fonte: Registro Brasileiro de Transplantes, ABTO, 2019

Para compreender algumas particularidades dos imensos desafios que enfrentam as equipes de transplantes, realizamos um estudo comparativo entre a realidade atual (2019) e aquela visualizada pelo Dr. Julio Coelho, há 10 anos (2009).

O aumento no número de transplantes de fígado deveu-se não somente ao maior número de equipes ativas de transplante, que passou de 50 em 2009, para 74 em 2019, aumento de 48%. Em 2019, todas as regiões brasileiras possuíam pelo menos um centro transplantador. Importante contribuição ao aumento do número de transplante foi a criação de equipes de transplante em cidades que não tinham essa opção terapêutica, expandindo o transplante para todas as regiões do Brasil.

O transplante e os doadores começarão a fazer parte da discussão do dia a dia da

comunidade. Como resultado teremos um aumento da indicação de transplante e de doações.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que nos últimos dez anos o transplante de fígado evoluiu favoravelmente, com o aumento do número de transplantes realizados, e isso se deve não somente ao aumento das equipes transplante, mas principalmente com a criação de equipes em cidades que antes não existiam. Levando assim esta opção terapêutica a todas as regiões do Brasil, aproximando o transplante da comunidade.

REFERENCIAS

1. ABTO.Registro Brasileiro de Transplantes, veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. São Paulo,2009.
2. ABTO.Registro Brasileiro de Transplantes, veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. São Paulo,2019.
3. GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica.Ed.11, p 883.Rio de Janeiro: Elsevier Ed., 2006.
4. KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. Ed.8, p.841-97. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
5. JUNQUEIRA, LC; CARNEIRO, J. Histologia básica. Ed.12, p.311. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
6. Ramos E., Coelho J. et al. Transplante hepático no Brasil: situação atual. Ed 3, v. 23, p.143. Porto Alegre: ABCD Arq Bras Cir Dig;2010.
7. Franco C.C., Martínez J., Bellido C., et al. Results of Liver Transplants From Donors Aged 70 Plus: Analysis of Andalusian Transplant Register. Ed.10,v.45,p.3647-9.Sevilha:Observational Study;2013.
8. Rene Adam, M.D.,and Emir Hoti, M.D. Liver Transplantation: The Current Situation.Ed.1, v.29,p.3-18. Villejuif:Review;2009.

PALAVRAS-CHAVE: transplante hepático, insuficiência hepática, transplante de órgãos

Levantamento da mortalidade infantil nos municípios da Baixada Santista

durante a pandemia do COVID-19

Autores: Bruna Baum de Angelis¹, Fabrício Crespo Maciel² e Isadora do Nascimento Quadros Mendes³

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto dos Santos Gomes

Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Professor do Departamento de Saúde da Família da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

1,2,3: Graduandos em Medicina pela Universidade Metropolitana de Santos

Endereço eletrônico do Autor: f.crespo.maciel@gmail.com

Palavras-chave: Mortalidade infantil. Estatísticas vitais. Baixada santista. Pandemia. Covid-19.

INTRODUÇÃO

Devido sua extrema importância, a taxa de mortalidade infantil (TMI) é internacionalmente padronizada, e possui como principal função apresentar estatisticamente o risco de um nascido vivo evoluir para o óbito. Para isso, registra-se o número de óbitos de crianças menores de um ano sobre o número de nascidos vivos, multiplicada por 1000. ⁽¹⁾

Diante disso, tal taxa serve como parâmetro do nível de condições de vida e situação de saúde de uma população. Isso pode ser explicado já que as crianças menores de um ano de idade são vulneráveis aos acontecimentos ocorridos no âmbito social, econômico e da saúde.

Neste sentido, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil permite analisar o funcionamento e a eficácia dos atendimentos na área da saúde, como por exemplo: o pré-natal, o momento do parto, e o cuidado desde o recém-nascido à criança no primeiro ano de vida, o que permite definir políticas públicas direcionadas à saúde materno-infantil. ^(2,3)

OBJETIVOS:

Este trabalho tem como objetivo avaliar se as mudanças sociais e de política pública geradas em decorrência da pandemia do COVID-19 tiveram impacto nas taxas de mortalidade infantil na baixada santista no ano de 2020.

MÉTODO

Estudo de coorte retrospectivo e de base populacional compreendendo as taxas de mortalidade infantil entre os anos de 2010 até 2020 nas 9 cidades da Baixada Santista (Praia Grande, São Vicente, Santos, Guarujá, Bertioga, Cubatão, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe).

Os dados do estudo foram obtidos junto ao site da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)⁽⁴⁾ e por consulta via e-mail à Divisão de Dados Epidemiológicos, vinculada à Secretaria de Saúde da Prefeitura de Praia Grande/SP⁽⁵⁾. Organizados de forma cronológica, obteve-se o percentual de retração/crescimento através da divisão da taxa parcial de 2020 com a média histórica dos anos de 2010 a 2020.

RESULTADOS

Pelos dados, houve queda gradativa do coeficiente de mortalidade infantil na Baixada Santista entre os anos de 2010 e 2020, e expressiva queda deste índice em quase todas as cidades em 2020. A variação desses dados demonstrou queda de 19,78% a 34,51% entre os anos de 2019 e 2020 nestes municípios, tendo apenas Bertioga apresentado aumento do indicador em 43,31%, destacando-se bastante das regiões vizinhas (Tabela 1).

Tabela 1. Mortalidade infantil em todas as cidades da Baixada Santista entre 2010 e 2020, apresentando suas respectivas variações

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Varição
Bertioga	8,45	13,43	14,74	18,89	8,36	9,17	12,67	15,21	13,42	11,31	18	43,31%
Guarujá	19,15	22,97	18,7	21,27	18,08	15,75	13,55	18,92	18,03	19,15	13,2	-28,84%
Santos	11,65	13,05	13,85	12,75	14,34	10,69	14,34	10,72	12,01	9,56	9,1	-25,95%
Cubatão São	15,64	15,3	18,71	23,26	16,52	18,49	17,27	12,99	12,95	15,41	11,6	-30,33%
Vicente Praia	19,06	19,13	15,83	16,71	13,52	14,35	14,51	15,13	12,57	14,72	11,8	-24,11%
Grande	12,41	13,55	13,86	14,17	11,63	17,34	13,43	13,41	13,32	16,58	10,9	-21,97%
Mongaguá	22,16	13,83	20,03	3,02	8,7	22,32	8,01	21,86	20,28	12,55	10	-34,51%
Itanhaém	14,51	14,18	14,94	9,78	14,04	12,9	11,43	5,99	12,5	18,18	10,3	-19,78%
Peruibe	8,29	21,17	9,03	10,12	22,14	11,88	14,43	16,02	14,54	15,79	11,7	-18,41%

Ao longo dos anos, o coeficiente de mortalidade infantil sofreu variações conforme as cidades da Baixada Santista foram evoluindo, mas nenhum ano demonstrou maior redução desse indicador do que 2020 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Variação história da taxa de mortalidade infantil nas cidades da Baixada Santista



DISCUSSÃO

Observando-se os dados levantados percebe-se, com exceção ao município de Bertioga, uma drástica redução nas taxas de mortalidade infantil no primeiro semestre de 2020. Destacando-se positivamente a cidade de Santos que registrou no primeiro semestre de 2020 uma taxa de apenas 9,1 crianças menores de 01 ano mortas para cada 1.000 nascidos vivos, sendo a menor taxa já registrada pela cidade nos últimos 107 anos⁽⁶⁾.

Diante de resultados tão positivos urge a necessidade de se identificar os fatores

responsáveis por tal redução. Conforme anteriormente destacado, a taxa de mortalidade infantil sofre influência de vários fatores, podendo serem classificados, segundo um modelo hierarquizado, em distais (características socioeconômicas e demográficas maternas), intermediários (características maternas e aspectos referentes à assistência pré-natal e ao parto) e proximais (condições de saúde e nascimento do recém-nascido e à assistência neonatal). Assim, tem-se que os fatores distais influenciam os fatores intermediários e estes influenciam os fatores proximais, que são os fatores com relação de causalidade direta com o óbito ⁽⁷⁾.

Desta forma, é possível destacar como positivos para a queda percebida na taxa de mortalidade infantil a decisão de suspensão das consultas eletivas nos postos de saúde durante o período de pandemia do coronavírus, por parte de alguns municípios da baixada santista ⁽⁸⁾, possibilitando uma maior atenção por partes dos profissionais de saúde às demais consultas como as de pré-natal, essenciais para um desfecho positivo ⁽⁷⁾.

Infelizmente, em razão da temporalidade e das limitações impostas pela COVID-19, o presente trabalho apresenta como limitações o fato de usar dados secundários e parciais, não tendo permitido uma análise minuciosa dos diversos fatores influenciadores na mortalidade infantil, tais como idade e comorbidades maternas, quantidade de pré-natais realizados, tipos de gestação e de partos, entre outros, os quais só poderão ser obtidos com a análise completa dos prontuários destas gestantes e tendo-se acesso aos dados oficiais completos.

CONCLUSÃO

Pelos resultados deste estudo resta indubitável a diminuição drástica da taxa de mortalidade infantil nos municípios da baixada santista durante os primeiros meses de 2020. Dada a expressividade dos números colhidos, uma análise aprofundada das causas é necessária com o fito de embasar futuras políticas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. França E, Lansky S. Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas. ABEP [periódicos na Internet]. 2016 [acesso em 20 dez 2020];1-29. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1763/1723>;

2. Costa MCN, Azi PA, Paim JS, Silva LM. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. Cad. Saúde Pública [periódicos na Internet]. 2001 [acesso em 23 Dez 2020]; 17(3):555-567. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300011&lng=en;
3. Kropiwiec MV, Franco SC, Amaral AR. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. Rev Paul Pediatr [periódicos na internet]. 2017 [acesso em 23 dez 2020]; 35:391-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n4/0103-0582-rpp-2017-35-4-00006.pdf>;
4. São Paulo, Secretaria de Governo [internet]. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Dados de acesso público 2019. [acessado em 15 Dez 2020]. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/>;
5. Praia Grande, Divisão de dados epidemiológicos. Mortalidade Infantil 2020 [internet]. Mensagem para: Fabrício Crespo Maciel. 17 Dez 2020 [citado em 23 Dez 2020];
6. Ferreira M. Taxa de mortalidade infantil é a menor em 107 anos em Santos. Atribuna [Internet] 19 Out 2020 [citado em 20 Dez 2020]; Saúde. Disponível em: <https://www.atribuna.com.br/cidades/santos/subscription-required-7.144?ald=1.123562>;
7. Lima S, Carvalho ML, Vasconcelos AGG. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. Cad Saúde Pública [periódicos na internet]. 2008 [acesso em 18 Dez 2020]; 24:1910-6. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000800019&script=sci_arttext&lng=pt
8. Santos, Secretaria de Saúde. Esclarecimentos sobre as medidas de prevenção à Covid-19 em Santos [internet] 22 Mar 2020 [citado em 20 Dez 2020]; Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/esclarecimentos-sobre-as-medidas-de-prevencao-a-covid-19-em-santos>

Angioedema hereditário por bradicinina - Relato de caso

Giovanna Marcílio Santos¹; Fernando Oliveira dos Santos¹; Flávia Rodrigues de Oliveira¹; Julya Margit Janicsek Wolff Dick¹; Luiz Marcelo Pimenta e Silva².

1 - Acadêmico(a) do curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos; 2 - Orientador; médico alergologista.

E-mail: giovanna.marcilio2001@gmail.com

INTRODUÇÃO

O angioedema hereditário (AEH) é uma doença genética de caráter autossômico dominante. A doença está associada ao aumento da bradicinina que se liga ao receptor B2 das células endoteliais aumentando o espaço entre as junções endoteliais, permitindo o extravasamento de líquido.

O aumento da bradicinina pode ocorrer por vias diferentes, o tipo 1 é tido pela deficiência quantitativa da enzima C1-INH, codificada pelo gene *SERPING1*, esta atua como uma inibidora do sistema complemento (sc), porém, no caso do AEH tipo 1, a C1-INH apresenta níveis < à 50%, tornando o sc hiperativo, influenciando também o sistema de contato pela inibição da calicreína plasmática e do fator de coagulação XIIa e inativação do fator XIa, portanto, relacionada à coagulação e fibrinólise, e formando a bradicinina pela atividade da calicreína a partir do cininogênio, regulada. A tipo 2 do AEH ocorre pela disfunção da C1-INH com níveis quantitativos normais de C1 – INH, porém qualitativamente deficientes por mutações em *SERPING1*. Já a tipo 3 mostra níveis normais da C1-INH, associado a altos níveis de estrogênio, por isso é mais frequente entre mulheres.¹

RELATO DE CASO

O presente caso refere-se à paciente T.D.S.G., feminina, de 40 anos, branca, natural e procedente de Santos - SP, que, em dezembro de 2019, apresentou-se no pronto-socorro pela manhã com edema labial, suspeitando de algo que comeu, causando-lhe alergia alimentar, relata ainda que não é a primeira vez que isso ocorre e que demora para a remissão dos sintomas mesmo com injeções de corticóides. Nega hipertensão arterial sistêmica e alterações de tireoide, nega antecedentes familiares de história semelhante. A mesma ainda nega prurido e que não há relação com anti-inflamatórios não-esteróides ou antibióticos.

Foram solicitados à paciente exames para auxiliar o diagnóstico, dentre eles: prick test para leite, ovo, trigo e ácaros, todos sem sensibilidade; IgE específica para amendoim (F13), glúten (F79), trigo (F4), alfa lactoalbumina (F76), betalactoglobulina (F77) e caseína (F78), todos com valor <0,1 kU/L, considerado indetectável; anticorpo anti-

TPO com resultado normal de 0,29UI/mL; IgE de 2,0 UI/mL considerado baixo e C4 com valor de 6 mg/dL considerado baixo (referência: >14 mg/dL).

Durante o mês de janeiro de 2020, a paciente ficou assintomática e, diante da análise médica dos resultados laboratoriais, foram solicitados mais exames para chegar ao diagnóstico: repetiu-se o exame de C4, dando o mesmo resultado (6mg/dL), a partir disso, foi

solicitado para confirmação de diagnóstico o inibidor C1 esterase funcional: 21,4% (70-130%) e o inibidor C1 esterase quantitativo: 4,7% (14-30%), configurando a paciente como caso de angioedema por bradicinina, deixando orientações por escrito. Os exames para avaliar lesão hepática vieram todos normais: TGO: 22 U/L, TGP: 17U/L e gama GT 32 UI/L.

Em novembro de 2020, após 10 meses ausente nas consultas, a paciente apresenta novo episódio de edema labial, com episódios de abdome agudo com idas ao pronto-socorro, não sendo responsivo a corticóides nem anti-histamínico. Até o momento, não foi possível estabelecer a relação de algum fator que desencadeasse essas crises na paciente.

A mesma está atualmente em tratamento com danazol 1x ao dia de maneira profilática e nos episódios de crise está sendo usado plasma fresco congelado, notou-se melhora da qualidade de vida da paciente e controle da doença.

DISCUSSÃO

A principal alteração apresentada pelos pacientes com AEH é um defeito no inibidor de C1 (C1-INH), que pode decorrer de diferentes situações, então para padronização foram definidos 3 tipos da doença. O AEH com deficiência quantitativa de C1-INH (antigo tipo I), situação da paciente do presente caso, é o mais comum tipo, representando 80 a 85% dos casos.²

De acordo com os exames apresentados, os níveis de C1-INH, tanto funcional quanto quantitativo, estavam muito abaixo dos níveis de normalidade. A deficiência dessa enzima resulta no excesso de ativação do sistema complemento, de contato, coagulação e fibrinólise.³ Inicialmente os sintomas eram associados exclusivamente à ativação do sistema de complemento, principalmente à formação de C2 cinina, associada com a vasodilatação e aumento de permeabilidade. Estudos adicionais comprovaram que o processo causador principal do AEH é o excesso de ativação do sistema de contato e aumento da produção de bradicinina. Ao se ligar ao receptor B2 (expresso em células endoteliais) as junções endoteliais são afetadas, aumentando a permeabilidade vascular. Além disso, a bradicinina também causa aumento da produção de óxido nítrico, promovendo a contração do citoesqueleto e consequente vasodilatação.²

As manifestações clínicas da paciente em análise, como o edema labial e de sistema digestório, são bem características do AEH, quando não associados à urticária e

prurido. Em alguns casos os episódios podem ser iniciados por fatores desencadeadores, porém em sua grande maioria ocorrem de maneira espontânea, como foi o caso desta paciente.²

Para a padronização diagnóstica foram estabelecidos critérios para a confirmação do AEH com deficiência de C1-INH. Os critérios clínicos primários são angioedema não-inflamatório, dor abdominal idiopática e edema da laringe. Os critérios secundários se baseiam em histórico familiar. Já os critérios bioquímicos são deficiência quantitativa ou funcional de C1-INH e mutação no gene *SERPING1*. Para a confirmação do diagnóstico é necessária a presença de um critério primário e um bioquímico, parâmetros esses atendidos pela referida paciente.² É importante ressaltar que a paciente não possui conhecimento de história familiar semelhante, o que pode significar duas coisas: ou ela está incluída nos 25% de pacientes com AEH sem história familiar ou nenhum outro indivíduo de sua família chegou a ser diagnosticado.

Muitos profissionais da saúde, entretanto, desconhecem a existência do AEH, que acaba sendo erroneamente diagnosticado como “alergia alimentar”. Como o AEH é um angioedema não-histaminérgico, as crises não melhoram com corticosteróides ou anti-histamínicos, como foi percebido. Dessa forma, o diagnóstico correto é essencial para otimizar os resultados do paciente, inclusive evitando a morte por asfixia decorrente do angioedema de laringe.⁴

O tratamento deve ser entregue por escrito ao paciente, a qual em questão foi indicada a utilização de DANAZOL e plasma fresco congelado. O DANAZOL é um andrógeno atenuado que causa aumento dos níveis de C1-INH, sendo o medicamento profilático de longo prazo mais utilizado no Brasil. O plasma fresco congelado foi indicado para ser utilizado durante as crises.²

REFERÊNCIAS

1- Beard N, Frese M, Mere P, Katelaris C, Mills K. Interventions for the long- term prevention of hereditary angioedema attacks. Cochrane Database of Systematic Reviews. 19 de agosto de 2019; acesso 22 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013403/full>

2- Giavina-Bianchi P, Arruda LK, Aun MV, Campos RA, Chong-Neto HJ, Constantino-Silva RN, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento do angioedema hereditário - 2017. Arq Asma Alerg Imunol. 2017;1(1):23-48

3- Walford HH, Zuraw BL. Current update on cellular and molecular mechanisms of hereditary angioedema. Ann Allergy Asthma Immunol. 2014;112:413-8.

4- Pines JM, Poarch K, Hughes S. Recognition and Differential Diagnosis of Hereditary

Angioedema in the Emergency Department [published online ahead of print, 2020 Nov 17]. J Emerg Med. 2020;S0736-4679(20)30981-1.

**Achados endoscópicos em pacientes infectados pela *Helicobacter pylori*:
revisão retrospectiva no Guarujá**

Ferraz MFR, Mourad L, Sallum LB, Lucca BM, Lamanna RL, Pires LMS, Menezes PR, Paixão VS, Rua AV, Facanali MR.

E-mail: mfrieriferraz@gmail.com

Orientador: Marcio Roberto Facanali Junior

Introdução

Das bactérias gastrointestinais, a *Helicobacter pylori* (HP) é a mais comum e está relacionada a diversas enfermidades gastroduodenais. A endoscopia digestiva alta (EDA) é o principal método diagnóstico pois permite a avaliação da mucosa gástrica do trato digestivo alto até a segunda porção duodenal. Além da realização de biópsias, obtendo espécimes para análises, a investigação deve ser mais detalhada com o teste rápido da urease (TRU)¹.

O predomínio da infecção varia conforme o estado socioeconômico e condições sanitárias da população, sendo maior nos países em desenvolvimento, como Índia, Bangladesh, Paquistão e Tailândia, a contaminação varia de 55 a 92% e na China e Japão de 44% a 55%. Países desenvolvidos, o contágio aumenta com a idade e é inferior a 20% em menores de 25 anos². No Brasil, a prevalência é alta, 65 % no Sul e Sudeste e 92% do Nordeste³.

Palavras-chaves: *Helicobacter pylori*; Achados Endoscópicos; Guarujá

Objetivo

O objetivo deste trabalho é descrever os dados endoscópicos achados mais comuns nessa população, por conta de escassez de artigos na região.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo transversal e retrospectivo, com revisão dos

prontuários eletrônicos de todos os pacientes submetidos a EDA sob sedação endovenosa em um hospital do Guarujá, entre 01 de janeiro de 2019 até 01 de janeiro de 2020. As imagens obtidas foram recuperadas do banco de dados da instituição.

Para padronizar os achados endoscópicos, foi utilizado o sistema Sydney de classificação topográfica: pangastrite, gastrite antral ou gastrite de corpo. E morfológica: enantema, erosiva plana, erosiva elevada, atrófica, hemorrágica, de refluxo ou hiperplásicas.

Para diagnóstico da HP foram retirados dois fragmentos de tecido gástrico, um do antro a cerca de 3 cm do piloro e o outro corpo gástrico distal, na grande curvatura e submetidos ao TRU. As amostras foram imersas em tubo contendo 1 ml de líquido amarelo e separadas para incubação em temperatura ambiente por 2 horas. Considerou-se positivo, qualquer tonalidade rosa, e negativo, tonalidade amarela.

Critérios de inclusão: pacientes que realizaram EDA ambulatorial eletiva pelo mesmo endoscopista e residirem no município do Guarujá.

Critérios de exclusão: EDA realizadas em urgência e emergência; utilização de qualquer outro método diagnóstico que não o TRU; pacientes não residentes no Guarujá; prontuários sem informações ou incompletos.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número CAAE: 41982820.8.0000.5509.

Resultados

Analisou-se 200 pacientes submetidos a EDA com TRU, sendo 152 do sexo feminino e 48 do sexo masculino. Do total de pacientes, 56 (28%) obtiveram resultado positivo. Desses 56, 39 (69,64%) são do sexo feminino e 17 (30,35%) do sexo masculino (Figuras 1 e 2).

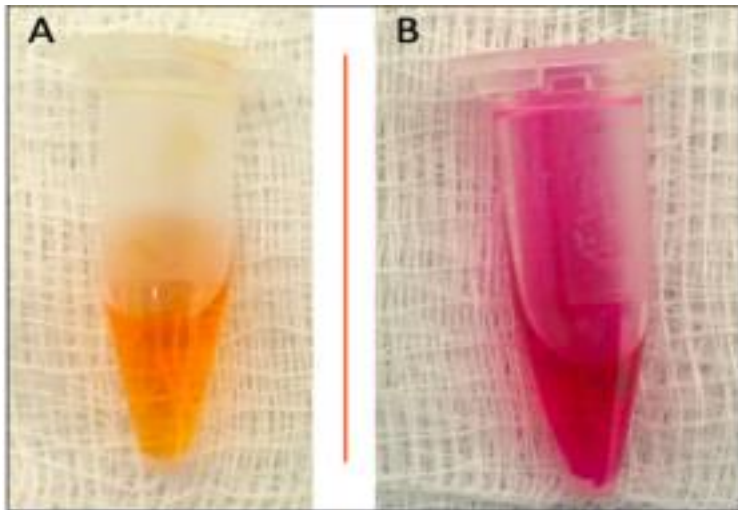


Figura 1. A. Teste da urease negativo. B. Teste da urease positivo.



Figura 2. Distribuição por gênero dos resultados do teste da urease.

Pangastrite foi o achado topográfico prevalente, seguido pela gastrite de antro e pela gastrite de corpo (Figura 3).

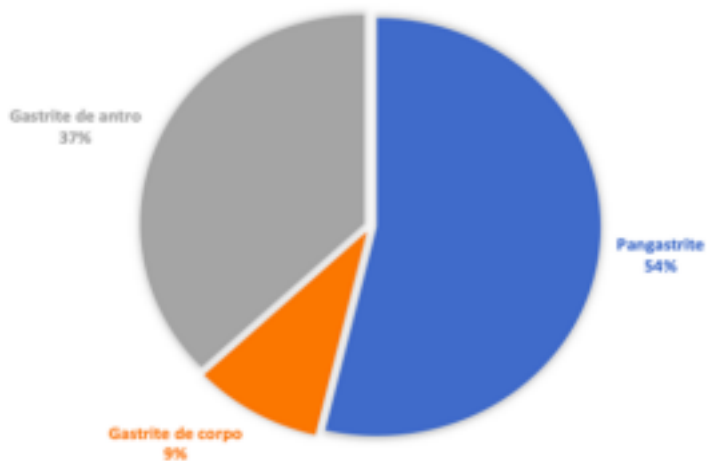


Figura 3. Achados alterados conforme topografia gástrica.

Enantema foi a categoria de achado mais encontrado (78%)(Figura 4).

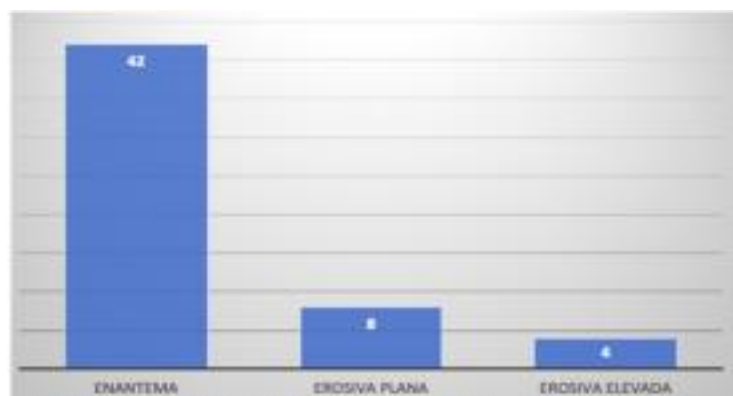


Figura 4. : Achados endoscópicos nos testes de urease positivos.

Dos achados adicionais, a esofagite erosiva foi prevalente, seguida pela bulboduodenite (Tabela 1)

Achados adicionais	Pacientes (%)
Bulboduodenite	22.2%
Esofagite erosiva	31.4%
Linfangiectasia	3.7%
Pólipos gástricos	3.7%
Angioectasias	1.8%
Varizes esofágicas	1.8%
Lesão subepitelial gástrica	3.7%
Hérnia de hiato	3.7%
54 pacientes (100%)	

Tabela 1. Achados adicionais nos pacientes com teste da urease positivos.

56

Nodularidade antral e enantema na parede anterior do corpo proximal foram encontradas em 8 (14%) e 12 (21%) dos pacientes.

Discussão

Conforme dados endoscópicos da instituição, 56 pacientes testaram positivo para HP através do TRU. Foi observado que a maioria são do sexo feminino e a razão pode ter, em parte, sido pela maior quantidade de mulheres presentes na pesquisa, já que a maioria dos estudos não relatou diferença significativa de infecção por HP entre

homens e mulheres⁴⁻⁵.

As gastrites foram as afecções mais frequentes nesse estudo e obteve-se predomínio da forma enantematosa, seguida de erosiva plana e elevada. A localização foi preferencialmente generalizada em forma de pangastrite, seguida por antro e corpo. Ao contrário de um estudo realizado em São Paulo, no qual a forma erosiva foi predominante em relação às formas enantematosas e a localização foi preferencialmente antral³. Em estudo realizado na Índia de infecção por HP também demonstrou maior prevalência de gastrite de localização antral⁶. Embora seja o achado mais comum, apenas a análise da aparência endoscópica dessas gastrites não é suficiente para diagnosticar a infecção por HP⁷.

A prevalência de esofagite erosiva foi de 31% comparado a outros estudos em São Paulo, observado em cerca de 13% dos casos^{3,8}. No entanto, outra pesquisa sugere que exista associação inversa entre a esofagite erosiva e infecção por HP⁹.

Em um estudo, o diagnóstico de bulboduodenite foi observado em 19% dos casos, concordando com este estudo, presente em 22% dos pacientes³.

Pólipos gástricos foram poucos frequentes nessa casuística, concordando com um estudo em 120 mil pacientes, que teve pouca associação de HP e pólipos gástricos¹⁰. Um ensaio randomizado chinês também demonstrou que a incidência da HP está inversamente associada à ocorrência de pólipos gástricos hiperplásicos, o que corrobora com nossos achados¹¹.

Na literatura, a nodularidade antral é um achado endoscópico comum em pacientes infectados por HP, no presente estudo 14% dos pacientes apresentaram este sinal. Em estudo realizado em Los Angeles, a nodularidade antral não é específico para infecção por HP. Entretanto, apresenta alto grau de especificidade (97%) e alto valor preditivo (90%) para o diagnóstico da infecção, números esses que se assemelham aos de outros testes como o TRU¹².

Referências

1. Kamboj AK, Cotter TG, Oxentenko AS. *Helicobacter pylori*: The Past, Present, and

- Future in Management. Mayo Clin Proc.2017 Apr;92(4):599–604.
2. Malaty HM, Nyren O. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. Helicobacter. 2003 Oct;8(s1):8–12.
 3. Marques SB. Prevalência de infecção pelo *Helicobacter pylori* associada às afecções diagnosticadas por endoscopia digestiva alta: análise retrospectiva de 1478 casos. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestão da Informação Acadêmica.
 4. Van Blankenstein M, van Vuuren AJ, Looman CW, Ouwendijk M, Kuipers EJ. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in the Netherlands. Scand J Gastroenterol. 2013 Jul;48(7):794–800.
 5. Vilaichone R, Mahachai V, Shiota S, Uchida T, Ratanachu-ek T, Tshering L, et al. Extremely high prevalence of *Helicobacter pylori* infection in Bhutan. World J Gastroenterol.2013 May14;19(18):2806–10.
 6. Misra V, Misra S, Dwivedi M, Singh UP, Bhargava V, Gupta SC. A topographic study of Helicobacter pyloridensity, distribution and associated gastritis. Journal of Gastroenterology and Hepatology.2000 Jul;15(7):737–43.
 7. Bah A, Saraga E, Armstrong D, Vouillamoz D, Dorta G, Duroux P, et al. Endoscopic features of Helicobacter pylori-related gastritis. Endoscopy.1995 Oct;27(8):593–6.
 8. Marques SB, Sakai P, Oliveira FA, Ishioka S, Lino AS, Artifon EL. Achados endoscópicos em pacientes com esofagite: análise dos fatores preditores. GED gastroenterol endosc dig.2005:140–4.
 9. Rubenstein JH, Inadomi JM, Scheiman J, Schoenfeld P, Appelman H, Zhang M, et al. Association between *Helicobacter pylori* and Barrett’s esophagus, erosive esophagitis, and gastroesophageal reflux symptoms. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014 Feb;12(2):239–45.
 10. Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, Saboorian MH. The current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients. Am J Gastroenterol. 2009 Jun;104(6):1524–32.
 11. Yu X, Wang Z, Wang L, Meng X, Zhou C, Xin Y, et al. Gastric hyperplastic polyps inversely associated with current *Helicobacter pylori* infection. Exp Ther Med.2020 Apr;19(4):3143–9.
 12. Laine L, Cohen H, Sloane R, Marin SM, Weinstein WM. Interobserver agreement and predictive value of endoscopic findings for H. pylori and gastritis in normal

volunteers. *Gastrointestinal Endoscopy*.1995 Nov;42(5):420–3.

Lesão renal aguda em pacientes com COVID-19

Aira Ferreira Farias Amparo

airaf a@icloud.com

Discente do curso de Medicina (Turma XXI) da UNIMES

Gabriela Yumie Mota Kazama

gabi.yumie@outlook.com

Discente do curso de Medicina (Turma XXI) da UNIMES

Ingrid Salmazo Pereira

ingrid.salmazo.pereira@gmail.com

Discente do curso de Medicina (Turma XXI) da UNIMES

Orientador:

Prof. Dr. Edgar Maquigussa

Prof. Adjunto do Curso de Medicina da UNIMES

Prof. Orientador do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde e Meio Ambiente da UNIMES

INTRODUÇÃO

A doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), causada pelo vírus SARS-CoV-2, pode provocar a chamada Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2. O vírus possui um tempo de incubação de 14 dias e suas formas de contágio são: contato direto com gotículas, superfícies e objetos infectados e aerossóis contendo partículas virais ^[1,2,3].

A Covid-19 é caracterizada, na maioria dos pacientes, por sintomas leves: febre, tosse, odinofagia, mialgia, fadiga, náusea, diarreia, perda de olfato e dor abdominal. No entanto, alguns pacientes, principalmente idosos e portadores de comorbidades progridem para sintomas mais graves, como insuficiência de vários órgãos, incluindo insuficiência respiratória, miocardite, insuficiência renal avançada e morte [1,4,5].

A doença afeta primeiramente os pulmões, resultando em complicações respiratórias, como insuficiência respiratória, edema pulmonar cardiogênico (por sobrecarga de volume) e não cardiogênico (por lesão endotelial devido a inflamação e apoptose) [6]. É confirmado que existe uma ligação próxima entre o dano alveolar e o túbulo renal (eixo pulmão-rim) [7]; dessa forma a lesão renal aguda (LRA) pode causar lesão pulmonar aguda (LPA) cardiogênica e não cardiogênica e a relação contrária de causa e consequência também é reportada [6].

A LRA causa uma resposta inflamatória devido à liberação das citocinas (TNF, IL-6 e IL-8), e a superprodução dessas substâncias é responsável por causar prejuízo no eixo pulmão-rim [6,7]. Esse evento, caracterizado como “tempestade inflamatória”, sendo a principal característica dos pacientes graves, pois é responsável pela lesão de diversos outros órgãos do paciente, o que agrava seu estado. A IL-6 é uma das citocinas mais importantes nesse processo [6].

A LRA também pode estar relacionada diretamente com a lesão pelo vírus nas células epiteliais renais. Esse evento pode ocorrer através da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA 2), que serve como receptor para o SARS-CoV-2. Uma vez ligado às células renais, o vírus pode lesá-las, interferindo na produção endócrina de eritropoetina e vitamina D, e causando distúrbios hidroeletrólítico e ácido-básico, afetando o controle da pressão arterial [8].

A interação coração-rim também pode contribuir para o desenvolvimento de LRA; a cardiomiopatia (por superprodução de citocinas) e a miocardite viral aguda podem contribuir com a congestão da veia renal, hipotensão e hipoperfusão renal, causando uma redução da taxa de filtração glomerular [7].

A fisiopatologia da lesão renal em pacientes com COVID-19 também pode estar associada à ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Em um estudo com 51 pacientes com SDRA por COVID-19, aqueles com LRA apresentaram aumento na concentração de renina e aldosterona plasmática, resultando em menor

concentração de sódio urinário ^[9].

Dessa forma, existem pelo menos 3 mecanismos potenciais de lesão renal na COVID-19, que estão altamente conectados. São eles: lesão por citocinas inflamatórias, interação entre órgãos e efeitos sistêmicos ^[6]. Entretanto, a COVID-19 é uma doença nova e muitos mecanismos ainda não estão totalmente esclarecidos. O que se observa é que um número considerável de pacientes hospitalizados necessitará realizar hemodiálise, devido à perda de função renal, o que pode agravar ainda mais o estado do paciente. Portanto, é importante conhecer os mecanismos envolvidos no desenvolvimento da lesão renal em pacientes com COVID-19 para um melhor manejo do paciente hospitalizado.

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre os mecanismos envolvidos na lesão renal aguda em pacientes com COVID-19.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

O trabalho é caracterizado como revisão narrativa, por meio de pesquisa bibliográfica em artigos científicos.

Coleta dos dados

A coleta dos dados está sendo realizada na seguinte sequência: 1º. Leitura exploratória dos artigos: leitura rápida de todo artigo para identificar se o artigo está relacionado com o tema da revisão.

2º. Leitura seletiva: leitura mais aprofundada, focando nos dados de interesse para a revisão.

3º. Tabulação dos dados: tabulação das informações contidas nos trabalhos selecionados.

Análise e Interpretação dos resultados

Está sendo realizada uma leitura analítica com o objetivo de sumarizar e organizar todas as informações contidas nos artigos científicos.

RESULTADO

Os artigos científicos relacionados ao tema foram acessados nas bases de dados Medline (Pubmed), publicados entre 2019 e 2020. Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: COVID-19, SARS-CoV2, insuficiência renal e lesão renal aguda. Obtivemos como resultado 768 artigos sendo excluído os artigos que não apresentavam como língua padrão inglês ou que apresentavam problemas para serem lidos na íntegra resultando em um total de 702 artigos selecionados, desses apenas 30 artigos foram selecionados para compor essa revisão narrativa.

Os critérios utilizados na seleção de artigos para a revisão foram: revisão sistemática, estudos clínicos randomizados e não randomizados, artigos de coorte, caso-controle, transversal ou estudo de caso. Foram selecionados artigos nos idiomas inglês e português.

REFERÊNCIAS

- [1] Adapa S, Aeddulab NR, Konalac VM, et al. COVID-19 and Renal Failure: Challenges in the Delivery of Renal Replacement Therapy. *J Clin Med Res.* 2020;12(5):276-285.
- [2] World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. [acesso em 14 Jul 2020] Disponível em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- [3] Asadi S, Bouvier N, Wexler AS, Ristenpart WD. The coronavirus pandemic and aerosols: Does COVID-19 transmit via expiratory particles. *Aerosol Sci Technol.* 2020; 54:635-8.
- [4] Adapa S, Chenna A, Balla M, et al. COVID-19 Pandemic Causing Acute Kidney Injury and Impact on Patients With Chronic Kidney Disease and Renal Transplantation. *J Clin Med Res.* 2020;12(6):352-361.
- [5] Petrilli CM, Jones AS, Yang J, Horwitz LI et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ.* 2020; 369: m1966
- [6] Faubel S, Edelstein C. Mechanisms and mediators of lung injury after acute kidney injury. *Nat Rev Nephrol.* 2016;12:48–60.
- [7] Ronco C, Reis T. Kidney involvement in COVID-19 and rationale for extracorporeal therapies. *Nat Rev Nephrol.* 2020; 16: 308-310
- [8] Rabb H. Kidney diseases in the time of COVID-19: major challenges to patient care. *J Clin Invest.* 2020; 130(6):2749-2751.

[9] DUDOIGNON E, Moreno N, Deniau B, et al. Activation of the Renin-angiotensin-aldosterone system is associated with Acute Kidney injury in COVID-19. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2020;S2352-5568(20):30107-7.

PALAVRAS CHAVES: Lesão renal aguda (LRA) / Covid-19 / SARS-CoV-2 / Insuficiência renal