

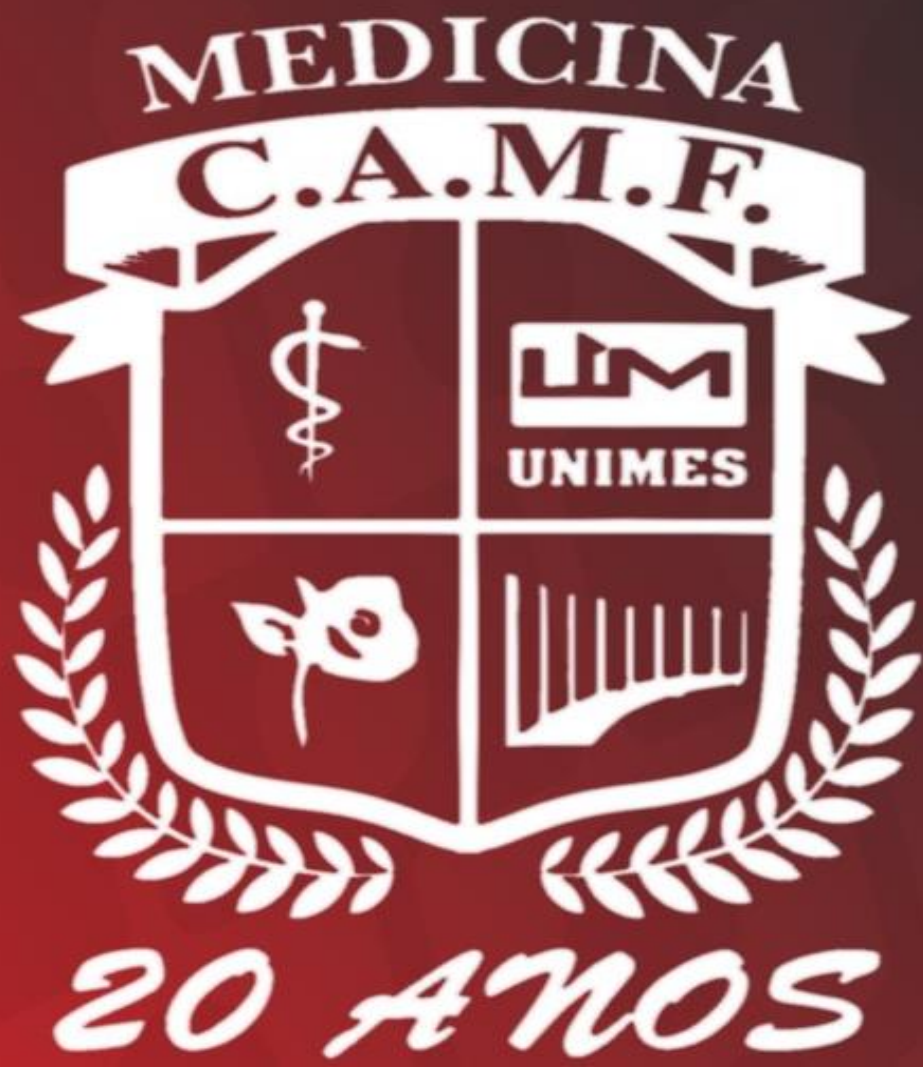


# XVI COMEC

CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO



"O MAIOR CONGRESSO MÉDICO DA BAIXADA SANTISTA"



**UNIMES**  
UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

**ANAIS DO XVI CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DA UNIVERSIDADE  
METROPOLITANA DE SANTOS – 2022**

## **Sumário dos Trabalhos Científicos**

<b>PRINCIPAIS ACHADOS DA COVID-19 EM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - REVISÃO NARRATIVA .....</b>	<b>5</b>
<b>ATUALIZAÇÃO SOBRE RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA: RECORRÊNCIA LOCAL E SOBREVIVÊNCIA .....</b>	<b>13</b>
<b>AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM ESTUDANTES QUE TIVERAM ENSINO REMOTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....</b>	<b>17</b>
<b>BAÇO ECTÓPICO EM PARÊNQUIMA TESTICULAR: RELATO DE CASO .....</b>	<b>23</b>
<b>SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. ....</b>	<b>26</b>
<b>MANEJO ESTRUTURADO DA COLANGITE AGUDA GRAU III.....</b>	<b>31</b>
<b>POLIMORFISMOS DO GENE APOE EM IDOSOS DA BAIXADA SANTISTA: A IMPORTÂNCIA DO FATOR GENÉTICO DE RISCO OU PROTEÇÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>36</b>
<b>REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA: UM ESTUDO OBSERVACIONAL SOBRE A INCIDÊNCIA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....</b>	<b>41</b>
<b>ASPECTOS GERAIS E COMPARATIVOS ENTRE SCHWANNOMA E NEUROFIBROMA E O IMPACTO NA PRÁTICA CLÍNICA – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>47</b>
<b>A IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA MÉDICA NOS CASOS DE TORTURA: UMA REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>52</b>
<b>REVISÃO DA CONDUTA DIAGNÓSTICA POR IMAGENS NOS DIFERENTES TIPOS DE ANGIOMIOLIPOMA.....</b>	<b>57</b>
<b>HIV EM IDOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>61</b>
<b>LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASSOCIADO À PRÓTESE MAMÁRIA - REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>68</b>
<b>NOVIDADES NA ESTIPULAÇÃO DE PROGNÓSTICO BASEADO EM ACHADOS RADIOLÓGICOS - REVISÃO NARRATIVA.....</b>	<b>72</b>

<b>NÚMERO DE CASOS DE DOENÇAS QUE ACOMETEM A POPULAÇÃO LOCALIZADA PRÓXIMO AO RIO POUCA SAÚDE: ASSOCIAÇÃO INTOXICAÇÃO POR METAL PESADO E INSUFICIÊNCIA RENAL.....</b>	<b>76</b>
<b>O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA – REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>84</b>
<b>O PAPEL DA VACINA PNEUMOCÓCICA EM DIABÉTICOS: REVISÃO DE LITERATURA .</b>	<b>88</b>
<b>RECONSTRUÇÃO IMEDIATA DE PAVILHÃO AURICULAR APÓS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL.....</b>	<b>92</b>
<b>POLIFARMÁCIA E O RISCO DE QUEDA EM PACIENTES IDOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>97</b>
<b>PREDITORES PARA DESMAME DE VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PEDIATRIA - REVISÃO LITERÁRIA. ....</b>	<b>102</b>
<b>PROFILAXIA FÚNGICA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM LONGA PERMANÊNCIA EM UTI - REVISÃO LITERÁRIA. ....</b>	<b>105</b>
<b>RELATO DE CASO: COLETA DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS PROVENIENTES DO CORDÃO UMBILICAL E POSSÍVEL TRATAMENTO PARA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA. ....</b>	<b>108</b>
<b>A COMPLEXA RELAÇÃO ENTRE ESCLEROSE MÚLTIPLA E INTERFERON B COMO POTENCIAL CAUSA DE DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA: UM RELATO DE CASO....</b>	<b>112</b>
<b>ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA EM GESTANTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR .....</b>	<b>117</b>
<b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, COMPLICAÇÕES E MANEJO DA HEPATITE A: UMA REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>122</b>
<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>127</b>
<b>PRINCIPAIS FATORES QUE INDUZEM A INDICAÇÃO DA ESPIRONOLACTONA NO TRATAMENTO DA ACNE EM MULHERES ADULTAS .....</b>	<b>132</b>
<b>“GRAVIDEZ ECTÓPICA TUBÁRIA: UM RISCO À FERTILIDADE?” .....</b>	<b>137</b>
<b>COVID-19 EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES .....</b>	<b>141</b>
<b>PÉ DIABÉTICO .....</b>	<b>147</b>
<b>MANEJO NUTROLÓGICO EM PACIENTE GRAVE COM COVID-19 .....</b>	<b>151</b>
<b>POSSÍVEL CONSENSO SOBRE INDICAÇÕES DA COLANGIOPANCREATOGRAFIA - CPRE COM PAPILOTOMIA, E SUAS COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. ....</b>	<b>156</b>
<b>REFLEXÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS, ONCOLOGIA E A PANDEMIA DE COVID-19 - UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>162</b>

<b>TRATAMENTO DO TUMOR DE WILMS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>167</b>
<b>UM PANORAMA DA SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA DA COVID-19: REVISÃO LITERÁRIA .....</b>	<b>170</b>
<b>A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA - REVISÃO LITERÁRIA.....</b>	<b>176</b>
<b>AGRAVAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA NO BRASIL E DIFICULDADES DE ACESSO AO TRATAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>180</b>
<b>TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL DE ABSCESSOS HEPÁTICOS APÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR EMPIEMA DE VESÍCULA BILIAR EM PACIENTE COM OBESIDADE SEVERA E PORTADORA DE COLANGITE CRÔNICA – RELATO DE CASO .....</b>	<b>184</b>
<b>PANUVEÍTE POR TOXOPLASMOSE OCULAR.....</b>	<b>189</b>
<b>URETRORRAGIA POR GRANULOMA PIOGÊNICO DE URETRA: RELATO DE CASO .....</b>	<b>195</b>
<b>VITAMINA D E A INDUÇÃO DE LITÍASE E SUA RELAÇÃO EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA E HISTÓRICO LITIÁSICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>201</b>

## **PRINCIPAIS ACHADOS DA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - REVISÃO NARRATIVA**

## **COVID-19 EM TOMOGRAFIA**

Isabela Hobeika Hatem<sup>1</sup>, Isadora de Campos Cassemiro<sup>1</sup>, Giullia Carvalho Mangas Lopes<sup>1</sup>, Wagner Hutterer<sup>2</sup>

- 1- Acadêmica de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES);
- 2- Preceptor Adjunto da Liga de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, UNIMES.

e-mail do autor: [isahhatem@gmail.com](mailto:isahhatem@gmail.com)

**Palavras-chave:** COVID-19, tomografia computadorizada de tórax.

### **1-INTRODUÇÃO**

O diagnóstico definitivo da doença COVID-19 é baseado na análise de amostras respiratórias pela reação de cadeia do polímero transcriptase reversa em tempo real (RT-PCR).<sup>1,2</sup> Entretanto, achados na tomografia computadorizada (TC) são de grande valor na avaliação destes pacientes, visto que podem demonstrar achados radiológicos antes do aparecimento de sintomas além de auxiliar na observação da evolução da doença.<sup>1,2</sup> Neste artigo, iremos reunir estes principais achados importantes na detecção da COVID-19.

### **2-OBJETIVOS E MÉTODOS**

Revisar na literatura os principais achados radiológicos da COVID-19 em TC de tórax, ilustrando com imagens que demonstram algumas das principais lesões pulmonares ocasionadas pelo SARS-CoV-2.

### **3-DISCUSSÃO**

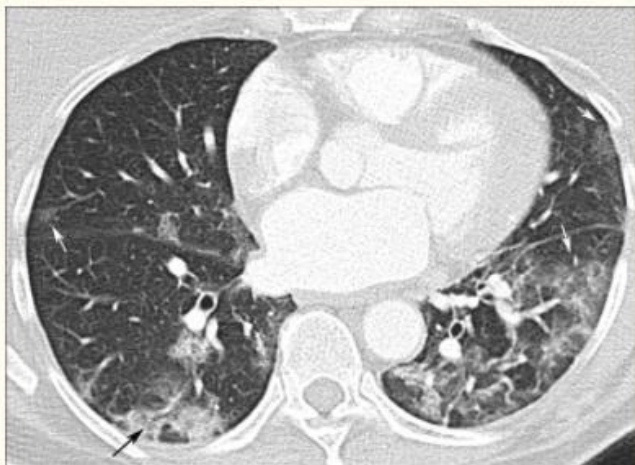


## 3.1 Achados pulmonares

Acredita-se que alterações parenquimatosas provocadas pelo SARS-CoV-2 estejam relacionadas à sua afinidade pela enzima conversora de angiotensina II, expressa em diversos tecidos, incluindo pulmonares, permitindo que o vírus invada as células epiteliais alveolares e cause dano celular e inflamação, culminando em sintomas respiratórios.<sup>1</sup>

Opacidades em vidro fosco e consolidações são as apresentações mais comuns na TC em pacientes com pneumonia por COVID-19, estes tendem a ser bilaterais, periféricos, posteriores e com predomínio discreto nos lobos pulmonares médio e inferior, por vezes de aspecto arredondado.<sup>1,2,4</sup>

As opacidades em vidro fosco são áreas de opacidade aumentada nebulosa do parênquima pulmonar, no qual permanecem visíveis as margens broncovasculares através da opacificação [Figura 1]; é a apresentação mais comum e precoce, relatada em 34-98% dos pacientes.<sup>2,3</sup>



Fonte: Malguria N, et al.

**Figura 1.** Opacidades em vidro fosco (setas brancas) predominando no lobo inferior esquerdo. Consolidação no lobo inferior direito com broncograma aéreo (seta preta).

Ao progredir da doença, há um aumento em número e extensão dos achados pulmonares, com a intensificação do processo inflamatório, levando a uma hiperplasia intersticial intra e interlobular pulmonar, que origina a pavimentação em mosaico ou "crazy pavement". Esta, reflete o acometimento alveolar e

intersticial [Figura 2] e é observada em 5-89% dos casos, no estágio de pico da doença (cerca de 10 dias) ou progressão.<sup>1-2</sup>



Fonte: Malguria N, et al.

**Figura 2.** Crazy pavement no lobo superior direito (seta).

A consolidação é o segundo padrão mais observado, podendo ser isolado ou em combinação com a opacidade em vidro fosco [Figura 1].<sup>2</sup> Se forma com o avanço da infecção, até preencher totalmente o alvéolo pulmonar com células, tecidos ou fluidos patológicos, que obscurecem os vasos locais e as margens dos brônquios, podendo configurar broncogramas aéreos [Figura 1].<sup>1</sup> Presente em até 2-64% dos pacientes mais graves com COVID-19, principalmente aqueles acima de 60 anos e indica fase avançada da doença, após 10 a 14 dias do início dos sintomas e frequentemente após surgimento de opacidades reticulares e pavimentação em mosaico.<sup>1,3</sup>

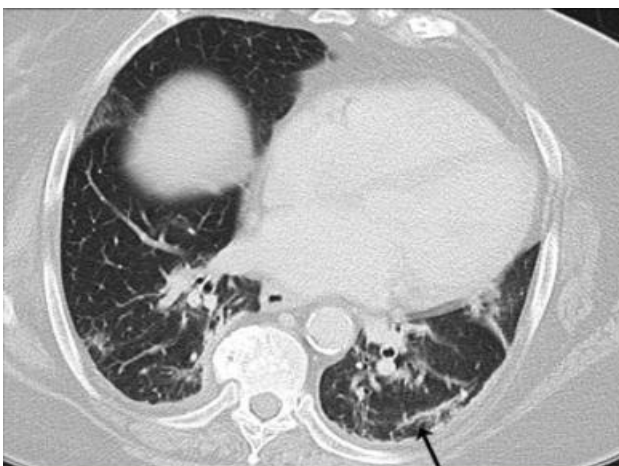
A doença pode evoluir para um padrão reticular, associado ao espessamento dos septos inter e intralobulares, aparecendo na TC como opacidades lineares finas que, somadas, produzem um padrão de "rede" [Figura 3], observado em menos de 22% dos pacientes, geralmente tardio e periférico.<sup>1,2</sup>



Fonte: Malguria N, et al.

**Figura 3.** Consolidação arredondada e *crazy pavement* no lobo superior direito (seta branca) e reticulação no lobo inferior direito (seta preta).

Alguns sinais de organização e cicatrização por fibrose incluem bandas subpleurais, padrão reticular, sinal de halo invertido e bronquiectasia de tração.<sup>2</sup> As linhas subpleurais, relatadas em 20% das pneumonias pelo SARS-CoV-2, são opacidades curvilíneas subpleurais com distribuição paralela à superfície [Figura 4] e podem indicar inespecificamente atelectasia, edema pulmonar, fibrose ou inflamação.<sup>1,3</sup> São mais comuns acima dos 60 anos e após 10 dias de doença.<sup>3</sup>



Fonte: Malguria N, et al.

**Figura 4.** Faixa subpleural (seta preta) no lobo inferior direito.

O sinal do halo invertido é uma opacidade em vidro fosco circundada por um anel de consolidação e retrata um quadro mais grave de evolução da doença, visto em fases mais tardias em cerca de 4% dos pacientes [Figura 5].<sup>1,3</sup>





Fonte: Malguria N, et al.

**Figura 5.** Sinal do halo invertido no lobo superior direito (seta).

Além das suas aplicações para diagnóstico e acompanhamento da progressão da doença, a TC é importante na avaliação de complicações da COVID-19, como tromboembolismo pulmonar, infecção bacteriana superposta, abscesso pulmonar, empiema pleural, síndrome da angústia respiratória, miocardite e edema agudo de pulmão.

### 3.2 Classificação

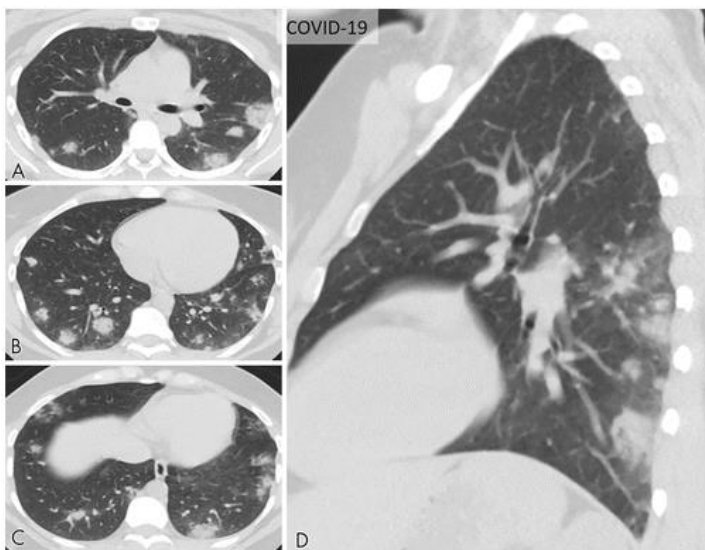
Tendo em vista o vasto espectro de achados tomográficos da COVID-19, descritos na literatura, estes podem ser categorizados em quatro categorias como típicos, indeterminados, atípicos para COVID-19 e negativos para pneumonia.<sup>1,2,4</sup>

Típicas são relatadas na literatura como frequentes e especificamente vistas na pneumonia por COVID-19, sendo estas a opacidade em vidro fosco bilateral, multifocal arredondado e periférico com ou sem consolidação; espessamento septal interlobular ("pavimentação em mosaico ou *crazy paving*") [Figura 6 e 7] ou sinais de pneumonia em organização, como o sinal do halo invertido.<sup>1,2,4</sup>



Fonte: Simpson S, et al.

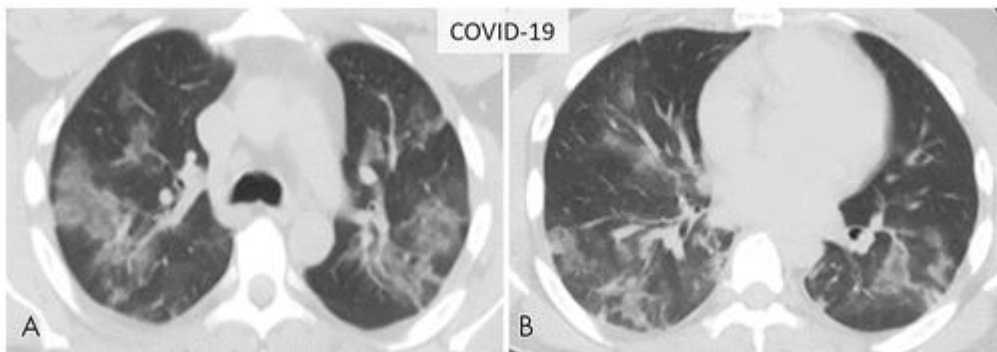
**Figura 6.** Opacidade em vidro fosco bilateral, multifocal arredondado (asteriscos) e periférico (setas) com espessamento septal interlobular sobreposto e intralobular visíveis (*crazy pavement*).



Fonte: Simpson S, et al.

**Figura 7.** Consolidações arredondadas bilaterais com opacidade em vidro fosco circundante.

Indeterminadas são as que foram relatadas em pneumonia por COVID-19, mas não são específicas para um diagnóstico confiável. Um exemplo seria a opacidade em vidro fosco irregular e difusa, sem distribuição clara [Figura 8].<sup>4</sup>



Fonte: Simpson S, et al.

**Figura 8.** Opacidade em vidro fosco irregular com morfologia não arredondada e nenhuma distribuição específica; pneumonia por COVID-19.

Atípicas são relatadas como incomuns ou que são mais típicas de outras doenças. Negativo para pneumonia implica que não há anormalidades parenquimatosas que possam ser atribuídas à infecção. Neste caso, especificamente, opacidade em vidro fosco e consolidação estão ausentes.<sup>4</sup>

#### 4- CONCLUSÃO

Na atual pandemia da COVID-19, a tomografia computadorizada pode auxiliar no diagnóstico, definir uma linha de base para pacientes em risco de progressão, sugerir diagnósticos alternativos e comorbidades no paciente de alto risco com COVID-19.

#### 5- REFERÊNCIAS

1. Farias LPG, Strabelli DG, Fonseca EKUN, et al. Alterações tomográficas torácicas em pacientes sintomáticos respiratórios com a COVID-19 [Internet]. Radiol Bras, 2020 [citado em 20 de dez. 2021];53(4):255-261.

2. Malguria N, Yen L, Lin T, et al. Role of Chest CT in COVID-19. Journal of Clinical Imaging Science [Internet]. NBC, 2020 [citado em 20 de dez. 2021]; 11(30).
3. Meirelles GSP. COVID-19: uma breve atualização para radiologistas [Internet]. Radiologia Brasileira, 2020 [citado em 20 de dez. 2021]; 53(5):320–328.
4. Simpson S, Kay FU, Abbara S, et al. Radiological Society of North America Expert Consensus Document on Reporting Chest CT Findings Related to COVID-19: Endorsed by the Society of Thoracic Radiology, the American College of Radiology, and RSNA [Internet]. Radiology: Cardiothoracic Imaging, 2020 [citado em 20 de dez. 2021]; 2(2):e200152.

## **ATUALIZAÇÃO SOBRE RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA: RECORRÊNCIA LOCAL E SOBREVIDA**

Luiza Serra Carvalho Moura<sup>1</sup>, Giulia Gadia Leme La Guardia<sup>1</sup>, Giovanna Garcia Ribeiro <sup>1</sup>, Marina Ferrari <sup>1</sup>, Maria Silvia Petty Moutinho<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Estudantes de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

<sup>2</sup>Docente da disciplina Saúde da Mulher do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

**E-mail da autora principal para contato:** luluserramoura@gmail.com

**Introdução:** O tratamento do câncer de mama tem a radioterapia como meio para conservação da mama. Atualmente, a irradiação da mama pós-cirurgia conservadora só não é feita nos casos de bom prognóstico.<sup>1</sup> Nesse sentido, a radioterapia intraoperatória tardia com dose única adaptada ao risco durante quadrantectomia (TARGIT-IORT) e a radioterapia externa convencional de mama inteira (EBRT) são as técnicas mais usadas no tratamento de câncer de mama precoce e suas taxas de sobrevida e recidiva local serão alvo da discussão dessa revisão literária.<sup>2,3</sup>

O estudo randomizado TARGIT-A foi um dos grandes responsáveis pela evidência científica de que a TARGIT-IORT deve ser utilizada durante a excisão cirúrgica inicial do câncer de mama.<sup>4</sup> Além disso, comprova que, em resultados após 12 anos da randomização, quando comparada a TARGIT-IORT com o EBRT, não há diferenças significativas relacionadas ao controle, preservação da mama ou mortalidade por câncer de mama.<sup>2,3</sup> Porém, o estudo demonstra que, em 5 anos, a radioterapia total de mama apresentou menor taxa de recorrência local.<sup>1</sup>



**Palavras-chave:** Radioterapia intra-operatória; sobrevida; recorrência local.

**Objetivo:** Discutir sobre as últimas atualizações referentes a radioterapia intraoperatória no tratamento do câncer de mama inicial, mais especificamente sobre as taxas de sobrevida e recidiva local.

**Metodologia:** A Revisão Bibliográfica: Atualização sobre Radioterapia Intraoperatória: recorrência local e sobrevida foi baseada na leitura e seleção de artigos científicos encontrados na base de dados PubMed no período de 2019-2021. Dez artigos científicos foram consultados por meio de buscas manuais, mas foram selecionados e lidos 5 dos mesmos. Além da utilização de dados dos sites da Sociedade Brasileira de Mastologia e do Portal Câncer de Mama Brasil. A busca de artigos foi restrita pelas palavras-chaves: "Câncer de mama", "Cirurgia", "Radiação", "Radioterapia intraoperatória", "Breast cancer" e "IORT".

**Discussão:** A radioterapia intraoperatória é uma técnica recente que surgiu como uma opção a radioterapia total nos casos iniciais de câncer de mama nas pacientes. Um dos maiores benefícios é o fato desse tratamento apresentar dose única (80% dos casos durante a mastectomia) ou com uma quantidade reduzida de aplicações em comparação à radioterapia total (20% dos casos) se apresentar os seguintes fatores: câncer lobular invasivo e margens positivas no pós-operatório, sendo uma radioterapia de feixe externo de mama total (WBRT) <sup>1,3</sup>. Nota-se que os casos clínicos de alto risco, dois terços do caso com linfonodo positivo e ER - negativo ou quatro quintos de doença com grau 3, foram tratados sem WBRT suplementar, mas essa conduta exige até trinta visitas adicionais ao hospital, enquanto a radioterapia intraoperatória (TARGIT-IORT) exige uma quantidade inferior de visitas, diminuindo a exposição das pacientes nos hospitais e as radiações. Além disso, outras vantagens são a redução da toxicidade, diminuição da dor, melhor qualidade de vida e um melhor resultado estético.<sup>3</sup> Segundo o artigo *"Intraoperative irradiation for early breast cancer (ELIOT): long-term recurrence and survival outcomes from a single-centre, randomized, phase 3*

*equivalence trial*", no ano de 2000 houve um "estudo randomizado" no qual algumas pacientes receberam a radioterapia imediatamente após a cirurgia, mastectomia, e outro grupo recebeu a radioterapia externa convencional da mama inteira (EBRT) e os resultados não se mostraram inferiores. Quatro anos depois (2004) observa-se outro estudo randomizado o qual alocou um grupo de pacientes para receber EBRT e outro a radioterapia intraoperatória tardia TARGIT-IORT, sendo um estudo prospectivo com pacientes de idade igual ou superior a 45 anos, que apresentam o seguinte diagnóstico: carcinoma ductal invasivo da mama inferior a 3,5cm.<sup>1,5</sup> O resultado não evidenciou diferenças em termos de sobrevida entre ambas as técnicas de radioterapia (total ou parcial acelerada). Dessa forma, os casos clínicos que apresentam um bom prognóstico em relação aos resultados histopatológicos completos, estariam disponíveis após a excisão do tumor. O desfecho primário foi a sobrevida livre da doença e a recorrência local.<sup>3</sup> No geral, 581 mulheres foram randomizadas para atrasar o TARGIT-IORT e 572 para EBRT. Sendo bem pareados entre a randomização quanto às características do tumor. A maioria das pacientes era positiva para o receptor de estrogênio (1119 [98%]), ERBB2 negativo (1041 [94%]); 670 pacientes (58%) receberam terapia endócrina e 40 (3,5%) receberam quimioterapia. Após cinco anos de acompanhamento completo, as taxas de recorrência foram de 23 pacientes de 581 submetidos em relação ao TARGIT-IORT e 5 de 572 ao EBRT, com um intervalo de confiança (IC) superior a 90%, dando uma diferença entre as terapias de 2,9%. O seguimento médio foi de nove anos e as diferenças entre TARGIT-IORT e EBRT tardio não foram estatisticamente significativas para sobrevida livre de recidiva local, recidiva local invasiva, mastectomia, doença distante, mortalidade por câncer de mama e de sobrevida global.<sup>4</sup> Ademais, um estudo randomizado comparou o TARGIT-IORT (presença de adaptação ao risco com o WBRT) em relação ao TARGIT-A, e os resultados não revelaram mudanças consideráveis nos fatores de controle à distância e local; preservação da mama ou óbito por câncer de mama.<sup>3</sup>

**Conclusão:** A radioterapia intraoperatória (TARGIT-IORT) surgiu com a proposta de reduzir a toxicidade quimioterápica e o número de aplicações das pacientes com

câncer de mama. Durante muitos anos, a eficácia da radioterapia total (EBRT) foi comparada a terapia intraoperatória imediata pós mastectomia, sem demonstrar evidências de superioridade em relação a sobrevida, porém um estudo demonstrou que, quando comparada a radioterapia intraoperatória tardia, a EBRT apresentou uma taxa de recorrência da doença 2,9% menor. Após este estudo a aplicação prática da TARGIT-IORT se tornou questionável, reforçando que os critérios de seleção das pacientes para este tiro de radioterapia devem ser rigorosos, sendo candidatas apenas aquelas que apresentem baixo risco de recidiva local.

### **Referências Bibliográficas:**

1 - Cavalcante FP, Millen E, Zerwes F, Novita G, Reis JHP, Filho HRO. Resultados de um novo estudo com radioterapia parcial no câncer de mama inicial (TARGIT-A trial). Portal Câncer de Mama Brasil. 2020.

2 - Cabral SM. Efeito da radioterapia tardia intraoperatória direcionada versus radioterapia de mama inteira. Sociedade Brasileira de Mastologia. 2020.

3 - Vaidya JS, Bulsara M, Baum M, Alvarado M, Bernstein M, Massarut S, Saunders C, Sperk E, Wenz F, Tobias JS; TARGIT-A investigators. Intraoperative radiotherapy for breast cancer: powerful evidence to change practice. *Nat Rev Clin Oncol* [PubMed]. 2021;18(3):187-188.

4 - Vaidya JS, Bulsara M, Saunders C, Flyger H, et.al. Effect of Delayed Targeted Intraoperative Radiotherapy vs Whole-Breast Radiotherapy on Local Recurrence and Survival: Long-term Results From the TARGIT-A Randomized Clinical Trial in Early Breast Cancer. *JAMA Oncol* [PubMed]. 2020;6(7):e200249.

5 - Orecchia R, Veronesi U, Maisonneuve P, et.al. Intraoperative irradiation for early breast cancer (ELIOT): long-term recurrence and survival outcomes from a single-centre, randomised, phase 3 equivalence trial. *Lancet Oncol* [PubMed]. 2021;22(5):597-608.

## **AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM ESTUDANTES QUE TIVERAM ENSINO REMOTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.**

Thainá Louise Rodrigues<sup>1</sup>, Mariane Zampol<sup>1</sup>, Edgar Maquigussa<sup>2</sup>, Mirian A. Boim<sup>2</sup>, Lucilene M. O. P. Medeiros<sup>2</sup>, Juliana C. Perry<sup>3</sup>, Elizabeth B. Oliveira-Sales<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Alunas do 5º ano de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

<sup>2</sup>Prof. Adjunto do Curso de Medicina e da Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

<sup>3</sup>Hybride Consultoria Empresarial

**E-mail:** [louise.tr@outlook.com](mailto:louise.tr@outlook.com)

**Introdução:** Os transtornos de ansiedade (ANS) representam as alterações psiquiátricas mais comuns em adolescentes, prejudicando rendimento escolar, qualidade de vida e convívio social<sup>1</sup>. Assim, a ANS pode ser considerada uma patologia crônica capaz de incapacitar o indivíduo e de promover comorbidades como depressão (DP) e estresse (EST). Nesse aspecto, observa-se dificuldades nos relacionamentos interpessoais, baixa autoestima, comprometimento do pensamento e memória, além de baixo desempenho e abandono escolar<sup>2</sup>. Durante a pandemia de COVID-19, o ensino remoto e o isolamento social podem agravar os transtornos sofridos resultando em grande impacto na qualidade de vida, no rendimento escolar e no convívio social.

**Objetivo:** Demonstrar o impacto do ensino remoto durante a pandemia de COVID-19 nos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes do ensino fundamental II e ensino médio.

**Metodologia:** Foi realizado um delineamento transversal a partir de uma amostragem não probabilística através do método "snowball". Os dados foram coletados por meio de questionários online a partir do Google Forms disponibilizados em redes sociais entre 26/11 a 26/12/2020, um sobre o perfil do aluno e outro que avaliou a prevalência de sintomas de DP, ANS e EST a partir da escala DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale)<sup>3</sup>. Foram incluídos alunos do FUND II e 1º, 2º e 3º anos do EM, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas e privadas. Foram excluídos alunos com DP, ANS, déficit de atenção e hiperatividade, e em tratamento para tais doenças. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMES (CAE: 36315120.60000.5509). Os estudantes (n=130) assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e os pais, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Doze estudantes foram excluídos. A análise estatística ocorreu pelos testes de Bartlett e Kolmogorov-Smirnov para homocedasticidade das variâncias e distribuição normal dos dados, respectivamente, considerando  $p < 0,05$ . Empregou-se o TIBCO Statística™. As variáveis categóricas nominais foram apresentadas pelo número de observação de cada grupo ( $n$ ) e representadas em forma relativa (%). A somatória dos escores DP, ANS e EST ocorreu pelo teste  $t$  de Student para amostras independentes ou pela análise de variância (ANOVA) de uma via, seguida do teste *post hoc* de Tukey quando apropriado. A partir do somatório das respostas (Tabela 1) os alunos foram classificados como normal, grau leve, moderado, severo e extremamente severo, representados em forma relativa (%). Os alunos foram reclassificados: normal e sintomáticos (leve, moderado, severo e extremamente severo). O teste de Qui-quadrado analisou a frequência dos alunos assintomáticos e sintomáticos em relação aos parâmetros do DASS-21 da população adulta brasileira após o COVID-19<sup>4</sup>.

	Depressão	Ansiedade	Estresse
<b>Normal</b>	0-4	0-3	0-7
<b>Leve</b>	5-6	4-5	8-9
<b>Moderado</b>	7-10	6-7	10-12
<b>Severo</b>	11-13	8-9	13-16
<b>Extremamente Severo</b>	14+	10+	17+

**Tabela 1.** DASS 21. Escore de Depressão, Ansiedade e Estresse<sup>4</sup>

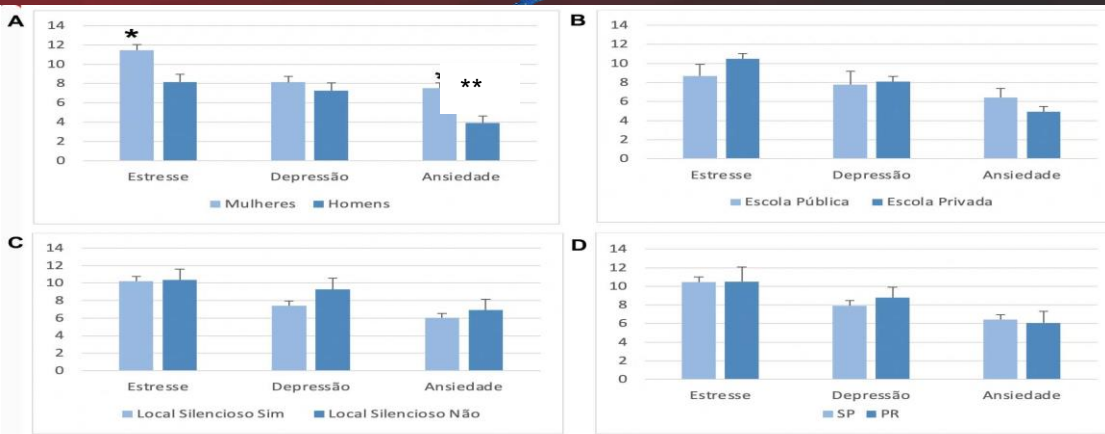


**Resultados/Desenvolvimento:** Foram incluídos alunos do FUND II (28,8%) e 1º (17,8%), 2º (29,7%) e 3º anos (23,7%) do EM. Mais informações sobre as características coletadas encontra-se na **Tabela 2**.

Variáveis		%	n=118
<b>Sexo</b>	Mulheres	63,6	75
	Homens	36,4	43
<b>Estado</b>	Espírito Santo	0,8	1
	Rio de Janeiro	0,8	1
	São Paulo	81,4	96
	Minas Gerais	0,8	1
	Paraná	12	14
	Rio Grande do Sul	3,4	4
	Missing	0,8	1
<b>Escolaridade</b>	Fundamental	28,8	34
	1º ano	17,8	21
	2º ano	29,7	35
	3º ano	23,7	28
<b>Ensino</b>	Público	14,4	17
	Privado	85,6	21
<b>Local de Estudo</b>	Silencioso	79,6	94
	Não silencioso	20,4	24
<b>Acesso Internet</b>	Sim	97,5	115
	Não	2,5	3
<b>Eletrônico</b>	Computador	56,8	67
	Celular	39,8	47
	Tablet	3,4	4

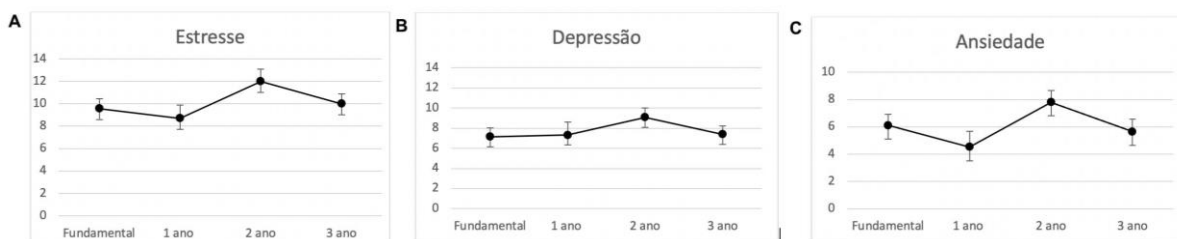
**Tabela 2.** Características da amostra de acordo com a % e o n de cada variável.

As mulheres apresentaram um nível de estresse e ansiedade significativamente elevados (EST:  $11,44 \pm 0,61$ / ANS:  $7,53 \pm 0,56$ ) quando comparado aos homens (EST:  $8,16 \pm 0,79$ / ANS:  $3,93 \pm 0,71$ ). Não foram observadas diferenças estatísticas para os sintomas analisados entre os estudantes de escolas públicas e privadas. Bem como daqueles que estudaram ou não em local silencioso ou entre os estados de São Paulo (SP) e Paraná (PR) (**Figura 1**).



**Figura 1.** Escores de EST, DP e ANS entre mulheres e homens (A), entre alunos de escola pública e privada (B), entre alunos que possuíam ou não um local silencioso para os estudos (C) e dos estudantes de SP e PR (D) (Somatória  $\pm$  Erro Padrão). \* $p < 0.01$  EST de mulheres vs. homens. \*\* $p < 0.001$  ANS de mulheres vs. homens (Test  $t$  de Student).

Não foram observadas diferenças estatísticas para os sintomas analisados separadamente ao comparar os alunos do FUND II (EST:  $9,58 \pm 0,85$ / ANS:  $6,11 \pm 0,82$  / DP:  $7,14 \pm 0,88$ ), do 1º (EST:  $8,71 \pm 1,19$ / ANS:  $4,52 \pm 1,14$  / DP:  $7,33 \pm 1,3$ ), 2º (EST:  $12 \pm 1,07$ / ANS:  $7,8 \pm 0,86$  / DP:  $9,08 \pm 0,95$ ) e 3º anos do EM (EST:  $10 \pm 0,88$ / ANS:  $5,64 \pm 0,94$  / DP:  $7,39 \pm 0,84$ ) (**Figura 2**).



**Figura 2.** Escores de EST (A), de DP (B) e de ANS (C) dos alunos do FUND II, 1º, 2º e 3º anos do EM (Somatória  $\pm$  Erro Padrão).

Constatou-se maior frequência de casos sintomáticos nos alunos para EST ( $\chi^2 = 25,11$ ;  $p < 0,001$ ), DP ( $\chi^2 = 15,6$ ;  $p < 0,001$ ) e ANS ( $\chi^2 = 12,18$ ;  $p < 0,001$ ) em relação às encontradas no estudo sobre o impacto do COVID-19 na população adulta brasileira<sup>4</sup> (**Tabela 3**).

	Alunos	População Brasileira*	p
<b>Estresse DASS-21</b>			
Assintomático	33,0%	57,8%	p<0,001
Sintomático	67,0%	42,2%	
<b>Depressão DASS-21</b>			
Assintomático	33,9%	53,6%	p<0,001
Sintomático	66,1%	46,4%	
<b>Ansiedade DASS-21</b>			
Assintomático	43,2%	60,3%	p<0,001
Sintomático	56,8%	39,7%	

**Tabela 3.** Classificação percentual dos alunos em normal ou sintomáticos de acordo com os escores de EST, DP e ASN comparado ao estudo adulto brasileiro, Serafim et al (2021)<sup>4</sup>

Analisando sintomas psicológicos e os seus graus separadamente, observou-se que 58.2% dos estudantes foram sintomáticos para o estresse com grau grave e extremamente grave, 11.4% sintomáticos leves e 30.4% moderados ( $\chi^2 = 26.3$ ;  $p < 0.001$ ). 46,2% apresentaram sintomas graves e extremamente grave para depressão, 14,1% sintomas leves e 39.7% moderados ( $\chi^2 = 13.5$ ;  $p < 0.001$ ). 65,7% demonstraram sintomas de ansiedade, classificados como grave e extremamente grave, embora 13.4% classificaram-se com sintomas leves e 20.9% moderados ( $\chi^2 = 32.1$ ;  $p < 0.001$ ) (**Tabela 4**).

Variável	f	(%)	Valor de p
<b>Estresse DASS-21</b>			
Leve	9	11.4	p<0.001
Moderado	24	30.4	
Grave/extremamente grave	46	58.2	
<b>Depressão DASS-21</b>			
Leve	11	14.1	p<0.001
Moderado	31	39.7	
Grave/extremamente grave	36	46.2	
<b>Ansiedade DASS-21</b>			
Leve	9	13.4	p<0.001
Moderado	14	20.9	
Grave/extremamente grave	44	65.7	

**Tabela 3.** Classificação percentual dos alunos em normal ou sintomáticos de acordo com os escores de EST, DP e ASN comparado ao estudo adulto brasileiro, Serafim et al (2021)<sup>4</sup>

**Conclusão:** Os resultados mostraram que as mulheres apresentaram maiores níveis de estresse e ansiedade comparado aos homens. Não houveram diferenças relevantes para os sintomas de DP, ANS e EST entre os alunos de escola pública e privada, e não houveram diferenças consideráveis entre os alunos que possuíam ou não um ambiente silencioso para os estudos. A análise das subescalas revelou que grande parte dos investigados se encontra dentro dos parâmetros de normalidade, contudo mais da metade dos estudantes classificam-se como sintomáticos, com altos índices de DP, ANS e EST nos níveis moderado, severo e extremamente severo. Portanto, conclui-se que o isolamento social e o fechamento das escolas devido a pandemia COVID-19 afetam negativamente a saúde mental dos adolescentes.

#### **Referências:**

1. Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Rapoport SJ, et al. Very Early Family-based Intervention for Anxiety: Two Case Studies with Toddlers. 2019; 32(6).
2. Elisabeth LDC, Priscila DCM, Paulo RBD. Factors Related to the Association of Social Anxiety Disorder and Alcohol use Among Adolescents: a Systematic Review. J. Pediatr. 2017; 93(5).
3. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. J Affect Disord. 2014; 155(1):104-9.
4. Serafim AP, Durães RSS, Rocca CCA, et al. Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. PLoS ONE.2021; 16(2):e0245868.

**Palavras-chave:** Depressão. Ansiedade. Estresse. Adolescente. Ensino a Distância.

## **BAÇO ECTÓPICO EM PARÊNQUIMA TESTICULAR: RELATO DE CASO**

Guilherme Ribeiro Nader<sup>1</sup>, Ana Carolina de Abreu Gomes<sup>1</sup>, Fernando Oliveira dos Santos<sup>1</sup>, Giulia Francis Delgado dos Santos<sup>1</sup>, Alessandro Vengjer<sup>2</sup>, Angelo Sementilli<sup>3</sup>.

1- Discentes da Universidade Metropolitana de Santos

2- Médico urologista, Professor da Disciplina de Urologia e Preceptor da Liga de Urologia da Universidade Metropolitana de Santos

3- Médico Patologista e Professor da Disciplina de Patologia da Universidade Metropolitana de Santos.

E-mail: [guinader2009@gmail.com](mailto:guinader2009@gmail.com)

CAAE: 55713222.8.0000.5509

### **INTRODUÇÃO**

A fusão esplenogonadal é uma anomalia congênita rara e benigna, relacionada a uma associação anormal entre os tecidos esplênico e gonadal, ou com restos mesonéfricos durante o período embrionário.<sup>1,2</sup> O primeiro caso foi descrito por Boestrom em 1883 e desde então menos de 200 casos foram publicados na literatura.<sup>2</sup>

A condição ocorre predominantemente do lado esquerdo e em homens jovens, sendo uma média de 14,3:1 para eles, em relação às mulheres. Contudo, a dificuldade de acesso aos ovários pode distorcer essa prevalência.<sup>1,3</sup> A causa exata desta patologia ainda não é conhecida, mas acredita-se que a fusão ocorra entre a quinta e sexta semanas de gestação, antes da descida testicular.

O seu tratamento é controverso, pois para alguns autores a cirurgia é mandatória para confirmar o diagnóstico e excluir a possibilidade, mesmo que rara, de uma neoplasia. Para outros, a abstenção pode ser a escolha ideal caso a anomalia seja detectada e não se manifeste clinicamente.<sup>2</sup>



## RELATO

MVOG, 32 anos, branco, natural de São Vicente, procedente de Praia Grande, sem comorbidades ou histórico de cirurgias pregressas. Em setembro de 2020 notou nódulo sólido palpável em testículo esquerdo, sem aumento escrotal, procurando um urologista. Fez ultrassonografia de testículos com doppler colorido, confirmando a massa (Figura 1). Os exames de beta-HCG, alfa fetoproteína e desidrogenase láctica estavam com os valores normais. Com a hipótese de câncer de testículo seminomatoso sem sinais de metástases estabelecida, foi submetido, em abril de 2021, à orquiectomia esquerda sem intercorrências. No exame anatomopatológico evidenciou-se que o nódulo tratava-se na verdade de tecido esplênico (Figura 2).

## DISCUSSÃO

Segundo Putschar e Manion, há duas classificações possíveis para a fusão gonadal: o tipo contínuo e o descontínuo. No primeiro tipo, um cordão liga o baço à gônada e no segundo não há ligação, desse modo, o baço encontra-se em uma cápsula distinta. Clinicamente não há diferenças significativas entre eles.<sup>4,5</sup>

A fusão esplenogonadal pode acometer ambos os sexos, mas é mais comum no masculino. Nesse caso, um sintoma comum é o inchaço testicular, podendo ocorrer massa escrotal, como no paciente relatado e obstrução intestinal.<sup>6</sup> Em torno de 37% dos casos revisados por Karaman e Gonzales, foram submetidos a orquiectomia desnecessária, devido à suspeita de uma neoplasia testicular primária.<sup>3</sup>

O diagnóstico da fusão esplenogonadal antes da realização de um procedimento cirúrgico e histológico é difícil, pois tipicamente se apresenta como uma massa testicular assintomática ou com dor aguda e edemaciada.<sup>4</sup> Assim, a anomalia geralmente é um achado acidental, encontrado durante uma busca por hérnias inguinais ou criptorquidismo.<sup>1</sup> Por isso, é importante que essa condição também seja lembrada em diagnósticos de massas testiculares; podendo ser realizado exame patológico intraoperatório, a fim de se evitar a orquiectomia sem necessidade.<sup>6</sup>

## FIGURAS

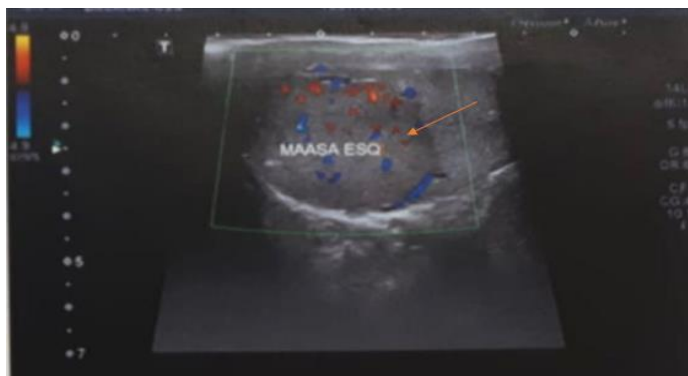


Figura 1 – A seta mostra massa testicular esquerda com vascularização à ultrassonografia com doppler

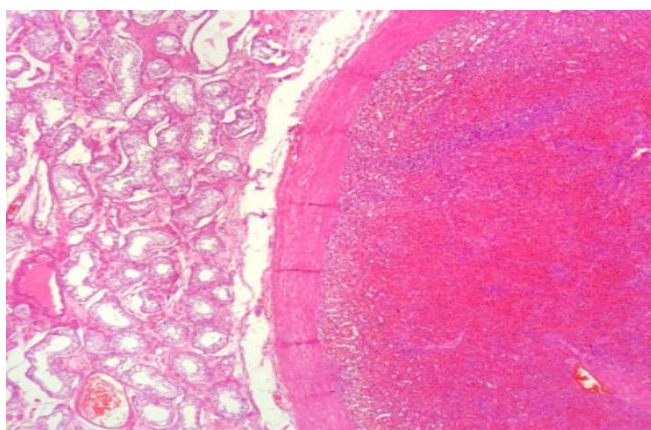


Figura 2 – Estrutura testicular à esquerda e tecido esplênico à direita na histologia

## REFERÊNCIAS

- 1- Chen G, Wang X, Zhao Y, Zhu L, Tang D. Splenogonadal fusion: a case report and review of the literature. *BMC Urol.* 2021 Feb 3;21(1):16. doi: 10.1186/s12894-021-00781-z.
- 2- Kadouri Y, Carnicelli D, Sayegh HE, Benslimane L, Nouini Y. Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Splenogonadal Fusion: A Literature Review. *Case Rep Urol.* 2020 Oct 7;2020:8876219. doi: 10.1155/2020/8876219.
- 3- Khairat AB, Ismail AM. Splenogonadal fusion: case presentation and literature review. *J Pediatr Surg.* 2005 Aug;40(8):1357-60. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2005.05.027.
- 4- Karray O, Oueslati A, Chakroun M, Ayed H, Bouzouita A, Cherif M, Ben Slama MR, Derouiche A, Chebil M. Splenogonadal fusion - a rare cause of scrotal swelling: a case report. *J Med Case Rep.* 2018 Jun 20;12(1):172. doi: 10.1186/s13256-018-1712-1.
- 5- Li WF, Luan MX, Ma Z, Chen YJ. Splenogonadal fusion: Report of four cases and review of the literature. *Exp Ther Med.* 2013 Sep;6(3):816-818. doi: 10.3892/etm.2013.1207.
- 6- Bekar E, Yalta T, Yarici H, Dogdas A, Tuncer Y. Ectopic Splenic Tissue in the testis: A Case Report. *African Journal of Urology.* 2009 13(3): 180-82. Doi:10.1007/s12301-009-0032-5.

## **SÍNDROME DE *BURNOUT* ENTRE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Heloísa Rodrigues Marmé<sup>1</sup>, Sílvia Nardoza Santerini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduanda de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

<sup>2</sup> Médica Oncologista e Pós-Graduanda em Cuidados Paliativos

**Correspondência:** [heloomarme@gmail.com](mailto:heloomarme@gmail.com) <sup>1</sup>

**Palavras-chave:** prevenção; lesões por pressão; UTI.

### **INTRODUÇÃO**

Define-se Síndrome de Burnout como uma enfermidade multidimensional, englobando a exaustão emocional, despersonalização (desumanização) e baixa realização pessoal à sua ocupação.<sup>1</sup> Esse fenômeno é apontado como uma resposta prolongada a estresse emocional crônico no trabalho, resultante de fatores estressores..<sup>2</sup>

Nesse sentido, profissionais que formam a equipe de saúde das Unidades de Terapia Intensiva são submetidos a grandes responsabilidades e situações estressantes, tal como sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais e realização de procedimentos complexos, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de síndrome de burnout entre esses indivíduos.<sup>3</sup>

### **OBJETIVO**

O objetivo desta revisão de literatura é de visitar fontes de evidência confiáveis a respeito da síndrome de burnout entre profissionais de unidades de terapia intensiva. Dessa forma, buscar e apontar dados confiáveis sobre sua prevalência, fatores de risco e consequências.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura, por meio de pesquisa bibliográfica em artigos científicos relacionados ao tema, acessados na base de dados PubMed e publicados entre 2000 e 2022.

As buscas foram realizadas em janeiro de 2022, sem restrição de tipo de documento e idioma. Ainda, foram empregados descritores e/ou palavras-chaves, de acordo com a base de dados, suas derivações e tradução na língua inglesa, assim como combinações utilizando operadores booleanos.

## PREVALÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE UTI

Diversos estudos buscam investigar a prevalência da síndrome de burnout em profissionais intensivistas, apontada como preocupante e uma das mais altas em comparação às diversas ocupações.<sup>1,2,4</sup> As taxas encontradas variam de 6% a 47%.<sup>2</sup>

## FATORES DE RISCO

Segundo as fontes de evidência na literatura, os fatores de risco mais sustentados são relacionados ao sexo, idade, estado civil, maternidade/paternidade, traços da personalidade, experiência profissional, horas de trabalho, turnos noturnos e participação de decisões sobre a morte.

### **SEXO**

De acordo com uma pesquisa na área realizada por Biaggi e colaboradores, o sexo feminino pareceu estar associado positivamente com a síndrome de burnout nas unidades de terapia intensiva, ou seja, é um fator de risco.<sup>7</sup>

### **IDADE**

Pesquisas, tal como a publicada por Chen e McMurray, verificaram que a idade do profissional foi inversamente associada ao burnout.<sup>2,5,6</sup> Dessa maneira, os mais jovens têm mais risco.

## **ESTADO CIVIL E MATERNIDADE/**

Os estudos de Chen e McMurray indicaram que ser solteiro é um fator de risco para o desenvolvimento do burnout e ser casado, por sua vez, é um fator protetivo, principalmente no domínio da despersonalização.<sup>2</sup> Ao mesmo tempo, uma análise realizada em UTIs de Portugal também apontou o mesmo resultado e ainda, mostrou evidências que não ter filhos pode estar relacionado a altos níveis de burnout.<sup>2</sup>

## **PERSONALIDADE**

A investigação executada por Myhren et al sobre o tema apontou que intensivistas com traços de neuroticismo, ou seja, uma certa instabilidade emocional, têm maior chance de desenvolver burnout.<sup>2</sup>

## **EXPERIÊNCIA NO TRABALHO**

O estudo argentino de Galván et al verificou que um fator de risco estatisticamente significativo para burnout entre os funcionários de UTI é estar na ocupação a poucos anos.<sup>2</sup> Supostamente, a razão que justifica esses dados é que a experiência leva a uma melhor qualificação e confiança no trabalho, fazendo com que esses profissionais fiquem mais calmos e firmes no enfrentamento de situações imprevisíveis.<sup>2,6</sup>

## **HORAS DE TRABALHO E TURNOS NOTURNOS**

A literatura indica que fazer mais de 36 horas de plantões semanais aumenta o risco de burnout, tal como é possível analisar no estudo de Galván et al.<sup>2,5</sup> Ademais, os trabalhadores do turno noturnos apresentam 1,48 vezes maior chance de desenvolver essa síndrome, quando em comparação com os trabalhadores do turno diurno.<sup>5</sup>

## **DECISÕES SOBRE A MORTE**

Embriaco et al e Poncet et al apontaram uma maior prevalência de burnout entre profissionais que lidavam com a morte ou participavam de decisões decisivas na saúde do paciente, como é o caso dos intensivistas.<sup>2</sup>



## CONSEQUÊNCIAS

A literatura aponta que a síndrome de burnout em profissionais em UTI está relacionada à diminuição da qualidade do atendimento, podendo colocar em risco a saúde e segurança do paciente.<sup>1,2,7,8</sup>

Além da saúde mental debilitada, o burnout está associado a distúrbios físicos no indivíduo, tal como ao desenvolvimento de patologias metabólicas, respiratórias, cardíacas e intestinais.<sup>2,6,8</sup> Ademais, foi correlacionado à intensificação de sintomas depressivos e ansiosos, ideias suicidas, insônia e consumo de substâncias em demasia.<sup>1,5,6,8</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente revisão de literatura foi possível observar a alta incidência e prevalência de profissionais de unidades de terapia intensiva com síndrome de burnout.

Levando em consideração as evidências científicas analisadas, o sexo, idade, estado civil, maternidade/ paternidade, personalidade, experiência no trabalho, horas semanais de trabalho, turnos noturnos e decisões sobre a morte são apontados como fatores de risco para a contribuição desse cenário.

Além de consequências da síndrome de burnout para o próprio profissional das unidades de terapia intensiva, aponta-se que está relacionada à diminuição da qualidade do atendimento, podendo colocar em risco a saúde e segurança do paciente. Dessa forma, tem-se que o combate e conscientização sobre a doença são essenciais.

## REFERÊNCIAS

1. Sanfilippo F, Palumbo GJ, Noto A, Pennisi S, Minieri M, Vasile F, et al. Prevalence of burnout among intensive care physicians: a systematic review. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2020;32(3).

2. Chuang C-H, Tseng P-C, Lin C-Y, Lin K-H, Chen Y-Y. Burnout in the intensive care unit professionals. *Medicine*. 2016 Dec;95(50):e5629.
3. Filho FA, Rodrigues MCS, Cimiotti JP. Burnout in Brazilian Intensive Care Units: A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. *AACN Advanced Critical Care* [Internet]. 2019 Mar 15 [cited 2020 Apr 15];30(1):16–21. Available from: <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article-abstract/30/1/16/2369>
4. Voultsos P, Koungali M, Psaroulis K, Boutou AK. Burnout syndrome and its association with anxiety and fear of medical errors among intensive care unit physicians: A cross-sectional study. *Anaesthesia and Intensive Care*. 2020 Feb 27;48(2):134–42.
5. Vasconcelos EM de, Martino MMFD, França SP de S. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018 Feb;71(1):135–41.
6. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Oct 30;18(21):11432.
7. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout Syndrome Among Critical Care Healthcare Workers [Internet]. *Current opinion in critical care*. 2007. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17762223/>
8. Epp K. Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics (Pembroke, Ont)* [Internet]. 2012 [cited 2022 Mar 13];23(4):25–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23342935/>

## MANEJO ESTRUTURADO DA COLANGITE AGUDA GRAU III.

**Maithe Sabbagh Berretari<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES);

**Priscilla Brogni Pereira<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

**Airton Zogaib Rodrigues<sup>2</sup>**

<sup>2</sup>Professor no Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

### INTRODUÇÃO

A colangite aguda é uma condição local e sistêmica causada por infecção aguda das vias biliares produzida por bactérias (*E. coli*, *Klebsiella*, *Pseudomona*, *Proteus* e anaeróbios), geralmente acompanhada de obstrução biliar. Esta caracterização foi definida pela primeira vez por Charcot, em 1877 como uma tríade envolvendo febre, icterícia e dor no hipocôndrio direito (tríade de Charcot).<sup>1</sup> É classificada em graus I, II e III de acordo com a gravidade das condições clínicas, sendo o grau III o mais avançado e com pior prognóstico.<sup>2</sup>

A obstrução gera um aumento de pressão no ducto biliar que desencadeia um refluxo colangiolímfático, evoluindo para uma infecção biliar local até se disseminar para todo o organismo.<sup>2</sup>

É importante ressaltar que 6 a 9% dos pacientes internados em hospitais com litíase biliar são diagnosticados com colangite aguda. A prevalência não muda em relação ao sexo, mas é mais frequente nos indivíduos entre 50 e 60 anos.<sup>3</sup>

O diagnóstico desta afecção é feito pela manifestação clínica, resultados laboratoriais e exames de imagem. Por ser potencialmente fatal, necessita do diagnóstico precoce e de tratamento adequado. Porém alguns pacientes podem evoluir para síndrome da resposta inflamatória (SIRS), sepse e óbito. O tratamento precoce com antibióticos intravenosos e descompressão biliar com drenagem preferencialmente por colangiopancreatografia endoscópica retrógrada e

papiloesfincterotomia são essenciais no controle da evolução da colangite aguda.<sup>1</sup>

**Palavras-chaves:** Colangite aguda, descompressão biliar, stent biliar.

## OBJETIVO

O presente artigo é uma revisão de literatura sobre colangite aguda, seu objetivo é revisar a bibliografia recente a respeito da doença, com enfoque na fase mais avançada da doença (grau III) e descrever seu diagnóstico e tratamento.

## METODOLOGIA

Nessa pesquisa, utilizamos as seguintes bases de dados: Lilacs, Brazilian Journal of Development, Journal of HBP Surgery e PubMed, entre 2007 e 2020. Selecionamos seis artigos para análise e discussão.

## DISCUSSÃO

A colangite aguda grave (grau III) ou colangite supurativa ascendente corresponde a 5% de todos os casos de colangite.<sup>3</sup> Os pacientes não respondem ao tratamento clínico inicial e habitualmente apresentam alguma disfunção orgânica em pelo menos um ou mais sistemas orgânicos, de acordo com a tabela 1.<sup>3,4</sup>

**Tabela 1: Critérios de Avaliação de Gravidade da Colangite Aguda Grau III**

Disfunção cardiovascular	Hipotensão exigindo dopamina $5 \geq \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ou qualquer dose de dobutamina.
Disfunção neurológica	Perturbação da consciência.
Disfunção respiratória	Relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ .
Disfunção renal	Oligúria e creatinina sérica $> 2,0\text{mg}/\text{dL}$ .
Disfunção hepática	PT-INR (razão normalizada internacional de plaquetas) $> 1,5$ .
Disfunção hematológica	Contagem de plaquetas $< 100.000/\mu\text{L}$ .

Recomenda-se que pacientes com colangite aguda que não respondem a medidas

clínicas iniciais e antibioticoterapia devem se submeter à drenagem biliar precoce ou tratamento da sua etiologia.

Fonte: Kiriyaama e col.<sup>4</sup>

Pacientes com colangite devem ser tratados como uma emergência clínica. Por se tratar de uma infecção e obstrução do sistema biliar, ambos aspectos devem ser apropriadamente abordados.<sup>3</sup> Quanto ao tratamento do grau III, é importante seguir o manejo estruturado de acordo com o que está proposto na tabela 2, baseada na Diretriz de Tóquio.<sup>5</sup>

**Tabela 2: Manejo Estruturado da Colangite Aguda Grave (Grau III).**

1. Quando houver suspeita de colangite aguda, realizar avaliação diagnóstica a cada 6-12h, usando os critérios diagnósticos da Diretriz de Tóquio de 2018, até que o diagnóstico seja estabelecido.
2. Realizar ultrassonografia abdominal, seguida de tomografia abdominal, ressonância nuclear magnética, colangiopressonância e cintilografia hepatobiliar, se necessário.
3. Assim que o diagnóstico é feito, o tratamento inicial é instituído como se segue: reposição volêmica adequada, compensação eletrolítica, administração intravenosa de analgésicos e antibióticos de amplo espectro.
4. Em pacientes com Grau III, deve ser realizada drenagem urgente do trato biliar assim como o tratamento precoce e as medidas de suporte clínico. Se a drenagem biliar não puder ser realizada devido à falta de instalações ou pessoal qualificado, levar em consideração a transferência do paciente.
5. Em pacientes com Grau III, deve-se utilizar ventilação não invasiva/invasiva, drogas vasopressoras e outras medidas clínicas de suporte, se necessário.



6. Realizar hemocultura ou cultura de bile em todos os pacientes com Grau III (grave).
7. Tratar a etiologia da colangite aguda com intervenção endoscópica, percutânea ou operatória assim que episódio agudo estiver resolvido. A colecistectomia deve ser realizada para colecolitíase após a resolução da colangite aguda.

Fonte: Mayumi, T.<sup>5</sup>

O prognóstico depende do momento da drenagem biliar, comorbidade do paciente e administração de antibióticos. Pacientes portadores de cirrose hepática, abscesso hepático e coagulopatia apresentam um prognóstico ruim. Ademais, um pior cenário pode incluir idade avançada, leucocitose, febre alta, hipoalbuminemia e hiperbilirrubinemia. A cirurgia de emergência para a colangite grau III apresenta mortalidade em torno de 30%. No que diz respeito à mortalidade sem relação com o procedimento operatório, um estudo multicêntrico mostrou que a mortalidade global hospitalar é de 29% para pacientes com colangite aguda grave, sendo imprescindível para avaliação dessa porcentagem, o impacto do tempo de descompressão biliar, a gravidade da falência dos órgãos ou sistemas, complicações locais e a etiologia da obstrução.<sup>6</sup> Nesse prisma, podemos concluir que a melhora clínica é garantida pela drenagem biliar feita de forma precoce.<sup>3</sup>

## CONCLUSÃO

Por se tratar de uma doença com alta morbidade e mortalidade, tanto o diagnóstico imediato, que deve ser feito por exame clínico, métodos laboratoriais e exames de imagem, quanto o tratamento adequado, com ênfase na etiologia, tornam-se fundamentais para garantir o sucesso da terapêutica empregada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lan Cheong Wah D, Christophi C, Muralidharan V. Acute cholangitis: current concepts. ANZ J Surg. 2017 Jul;87(7-8):554-559. doi: 10.1111/ans.13981. Epub 2017 Mar 24. PMID: 28337833.

2. Wada, Keita & Takada, Tadahiro & Kawarada, Yoshifumi & Nimura, Yuji & Miura, Fumihiko & Yoshida, Masahiro & Mayumi, Toshihiko & Strasberg, Steven & Pitt, Henry & Gadacz, Thomas & Büchler, Markus & Belghiti, Jacques & Santibañes, Eduardo & Gouma, Dirk & Neuhaus, Horst & Dervenis, Christos & Fan, Sheung-Tat & Chen, Miin-Fu & Ker, Chen-Guo & Kim, Myung-Hwan. (2007). Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis: Tokyo Guidelines. *Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery*. 14. 52-8. 10.1007/s00534-006-1156-7.
3. Ahmed M. Acute cholangitis - an update. *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2018 Feb 15;9(1):1-7. doi: 10.4291/wjgp.v9.i1.1. PMID: 29487761; PMCID: PMC5823698.
4. Kiriyaama, S. et al. Tokyo guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci* (2018) 25: 17-30. DOI: 10.1002/jhbp.512
5. Mayumi, T.; Okamoto, K.; Takada, T.; Strasberg, S.M.; Solomkin, J.S.; Schlossberg, D.; Pitt, H.A.; Yoshida, M.; Gomi, H.; Miura, F.; et al. Tokyo Guidelines 2018: Management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J. Hepatobil. Pancreat. Sci*. 2018, 25, 96–100.
6. Lavillegrand, JR., Mercier-Des-Rochettes, E., Baron, E. et al. Acute cholangitis in intensive care units: clinical, biological, microbiological spectrum and risk factors for mortality: a multicenter study. *Crit Care* 25, 49 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03480-1>

## **POLIMORFISMOS DO GENE APOE EM IDOSOS DA BAIXADA SANTISTA: A IMPORTÂNCIA DO FATOR GENÉTICO DE RISCO OU PROTEÇÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Sophia Massesine Pimentel<sup>1</sup>, Larissa GP Bomfim<sup>1</sup>, Vinícius L Barros<sup>1</sup>, Daniele Ginsicke<sup>2</sup>, Mirlene Cecília Soares Pinho Cernach<sup>3</sup>, Angelina Zanesco<sup>4</sup>, Mileny Esbravatti Stephano Colovati<sup>5</sup>

1. Discente da Faculdade de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente - Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, SP, Brasil
2. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente - Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos – SP
3. Docente da Faculdade de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, SP, Brasil
4. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente - Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, SP, Brasil
5. Docente da Faculdade de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente - Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, SP, Brasil

E-mail: sophia.massesine.p@gmail.com

### **INTRODUÇÃO**

A população mundial vem apresentando aumento da população idosa e, conseqüentemente, da longevidade com qualidade de vida. O processo de envelhecimento é multifatorial, ou seja, fatores ambientais e genéticos influenciam a patogênese das diferentes doenças que acometem a terceira idade<sup>1,2</sup>

Os polimorfismos no gene da Apolipoproteína E (APOE), localizado no braço longo do cromossomo 19 (19q13.2) foram relacionados com susceptibilidade de risco ou proteção para doença de Alzheimer, doenças cardiovasculares e longevidade em humanos<sup>3,4</sup>

A Apolipoproteína E (APOE) é uma glicoproteína, uma das principais presentes no plasma humano, sendo essencial na formação dos quilomícrons, lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL) e lipoproteína de alta densidade (HDL), envolvidos no metabolismo, transporte e digestão dos lipídeos. Também exerce papel fundamental no Sistema Nervoso Central para reparo e manutenção de sua integridade, onde distribui e transporta o colesterol para o tecido nervoso, este que é essencial para integridade da bainha de mielina que envolve as raízes nervosas. Outros estudos sugerem que, sob certas condições, os neurônios humanos podem sintetizar APOE em quantidades significantes, possivelmente como uma parte de um programa compensatório para conter a neurodegeneração<sup>5</sup>

É possível observar que, na região da Baixada Santista existe uma grande porcentagem de população idosa no Estado de São Paulo, levando a discussão sobre quais fatores influenciam o risco ou proteção na fisiopatologia das doenças relacionadas à idade e no processo de envelhecimento. Portanto, este estudo irá avaliar as frequências alélicas do gene *APOE* e a susceptibilidade genética para o desenvolvimento de doenças em idosos da Baixada Santista, dado inédito na literatura.

**PALAVRAS-CHAVE:** APOE, Idosos, Envelhecimento, Baixada Santista.

## **OBJETIVO**

Verificar as frequências dos alelos do gene *APOE* em idosos da Baixada Santista, avaliando risco ou proteção genética para o desenvolvimento de doenças da idade.

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), sob número CAAE 20938619.4.0000.5509. Este projeto recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP - 2019/13343-0). Foram incluídos 96 participantes, de ambos os sexos, com idade  $\geq 65$  anos, submetidos à coleta de sangue periférico em EDTA para genotipagem do gene *APOE* por sequenciamento Sanger.

## **RESULTADOS/DESENVOLVIMENTO**

A sequência gênica mais significativamente associada ao risco para doença de Alzheimer (DA), doença cardiovascular e longevidade está no gene da apolipoproteína E, *APOE*. O gene *APOE* codifica 3 alelos comuns:  $\epsilon 2$ ,  $\epsilon 3$  e  $\epsilon 4$ .

Na nossa amostra realizamos o rastreamento das variantes alélicas do gene *APOE* em idosos com idade  $\geq 65$  anos. Foram sequenciados 96 idosos de ambos os sexos, sendo o sexo feminino predominante na amostra estudada ( $n=70$ ). O resultado da genotipagem na amostra total e nos diferentes sexos está descrito na tabela 1. Dentre os participantes, observamos como frequência genotípica para *APOE*: 58,33%  $e3e3$ ; 18,75%  $e3e4$ ; 17,7%  $e3e2$ ; 4,16%  $e2e4$  e 1%  $e2e2$ . Apenas um participante do sexo masculino era homocigoto para  $e2e2$  e nenhum participante homocigoto  $e4e4$ . A frequência alélica foi:  $e2$  (12%),  $e3$  (76,56%) e  $e4$  (11,45%) (tabela 1).

**Tabela 1. Frequências dos genótipos e alelos do gene *APOE* em idosos da Baixada Santista**

	FREQUÊNCIAS DOS GENÓTIPOS						FREQUÊNCIAS DOS ALELOS		
	$e2e2$	$e2e3$	$e2e4$	$e3e3$	$e3e4$	$e4e4$	$e2$	$e3$	$e4$
<b>N(TOTAL) = 96</b> <b>100%</b>	1 (1%)	17 (17,70%)	4 (4,16%)	56 (58,33%)	18 (18,75%)	-	23 (12%)	147 (76,56%)	22 (11,45%)
<b>N(MULHERES) = 70</b> <b>72,91%</b>	-	14 (20%)	3 (4,28%)	39 (55,71%)	14 (20%)	-	17 (12,14%)	106 (75,71%)	17 (12,14%)
<b>N(HOMENS) = 26</b> <b>27,09%</b>	1 (3,84%)	3 (11,53%)	1 (3,84%)	17 (65,38%)	4 (15,38%)	-	6 (11,53%)	41 (78,84%)	5 (9,61%)



Estudos relatam que, os portadores de uma cópia do alelo  $\epsilon 4$  têm chance 3,7 maior de desenvolver DA, em comparação aos indivíduos homocigotos para  $\epsilon 3$ . Em contraste, o alelo  $\epsilon 2$  confere alguma proteção contra a DA, pois os indivíduos com uma cópia do alelo  $\epsilon 2$  têm uma razão de chances de 0,6 para o desenvolvimento de DA em comparação com aqueles que são  $\epsilon 3/\epsilon 3$ . Os portadores dos genótipos  $\epsilon 3/\epsilon 3$ ,  $\epsilon 3/\epsilon 4$  e  $\epsilon 4/\epsilon 4$ , apresentaram um risco aumentado para doença coronariana, 22% a 45%; enquanto que, em caucasianos o alelo  $\epsilon 2$  foi associado a uma redução de 16% no risco cardiovascular<sup>3,4</sup>

Entre os centenários de diferentes populações, há um aumento da prevalência do alelo protetor  $\epsilon 2$ , e mais especificamente do genótipo  $\epsilon 2/\epsilon 3$ , e uma diminuição da prevalência do alelo de risco  $\epsilon 4$ , em comparação aos controles<sup>4</sup>. Sendo, o alelo  $\epsilon 2$  o mais associado aos nonagenários, os autores sugerem APOE como o gene da longevidade<sup>6</sup>

Os alelos de APOE ocorrem em diferentes frequências em humanos ( $\epsilon 2$ , 5–10%;  $\epsilon 3$ , 65–70%; e  $\epsilon 4$ , 15–20%)<sup>7</sup>. No nosso estudo observamos maior frequência do alelo  $\epsilon 3$  (76,45%), como na literatura. Adicionalmente, os dados revelam alta frequência do alelo protetor  $\epsilon 2$  (12%) e baixa frequência do alelo de risco  $\epsilon 4$  (11,45%) na população da Baixada Santista (Tabela 1). Apesar das doenças crônico-degenerativas sofrerem influência ambiental e genética em sua fisiopatogênese, a amostra da Baixada Santista, possivelmente, apresenta maior proteção genética para APOE no desenvolvimento de doenças relacionadas ao envelhecimento, principalmente as doenças cardiovasculares e doença de Alzheimer.

Estratégias terapêuticas estão sendo revisadas, considerando que proteínas ou peptídeos semelhantes à ApoE (ApoE-like) podem modificar o perfil de lipoproteínas, aterosclerose, inflamação ou influenciar o metabolismo celular e, em última análise, a função neurológica. Além disso, a genotipagem de APOE pode ser relevante para a medicina personalizada e aplicação precoce de intervenções nutricionais e terapêuticas para diversas doenças da idade<sup>8</sup>.

## CONCLUSÃO

O nosso estudo relata as frequências alélicas para o gene *APOE* na população idosa da Baixada Santista, inédito na literatura. Além disso, nossos dados, possivelmente, contribuirão com o diagnóstico genético pré-clínico de *APOE* e implementação de tratamentos precoces para as doenças mais frequentes no envelhecimento, como as doenças cardiovasculares e doença de Alzheimer.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Booth LN, Brunet A. The Aging Epigenome. *Mol Cell*. 2016;62:728-44.
2. Lau CH, Suh Y. Genome and Epigenome Editing in Mechanistic Studies of Human Aging and Aging-Related Disease. *Gerontology*. 2017;63:103-117.
3. Morris BJ, Willcox BJ, Donlon TA. Genetic and epigenetic regulation of human aging and longevity. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis*. 2019;1865:1718-1744.
4. Andersen SL. Centenarians as Models of Resistance and Resilience to Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Adv Geriatr Med Res*. 2020;2:e200018.
5. Ojopi, Elida P. Benquique, Bertoncini., et al. Apolipoproteína E e a doença de Alzheimer. *Archives of Clinical Psychiatry*. (São Paulo). 2004;31:1.
6. Beekman M., Blanche H., Perola M., et al. Genome-wide linkage analysis for human longevity: genetics of healthy aging study. *Aging Cell*. 2013;12:184-93.
7. Mahley RW. Apolipoprotein E: from cardiovascular disease to neurodegenerative disorder. *J Mol Med*. 2016;94:739–746.
8. Marais AD. Apolipoprotein E in lipoprotein metabolism, health and cardiovascular disease. Elsevier B.V. 2018;51:165-176.

## **REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA: UM ESTUDO OBSERVACIONAL SOBRE A INCIDÊNCIA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Julliana F. Camara<sup>1</sup>, Maithê S. Berretari<sup>1</sup>, Isadora D. R. Curraladas<sup>1</sup>, Maria Luiza V. Samia<sup>2</sup>, Edgar Maquigussa<sup>3</sup>, Mirian A.P. Boim<sup>3</sup>, Elizabeth B. Oliveira-Sales<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Alunas de Iniciação científica do 3º Ano do Curso de Medicina da UNIMES.

<sup>2</sup>Mestranda da Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da UNIMES.

<sup>3</sup>Profa. Adjunta do Curso de Medicina e da Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da UNIMES.

**E-mail para contato:** [jullianafcamara@outlook.com](mailto:jullianafcamara@outlook.com)

### **INTRODUÇÃO**

As doenças cardiovasculares (DCVs) são um conjunto de doenças crônicas que evoluem gradativamente e que permanecem por muitos anos de forma assintomática. Geralmente, o primeiro sintoma ocorre quando a doença já está avançada, podendo ser a morte súbita uma possível consequência<sup>1</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as DCVs são consideradas a principal causa de mortalidade entre as doenças não transmissíveis, representando 31% de todas as mortes globais em 2016, inclusive no Brasil<sup>2</sup>.

As principais causas de morte e morbidade relacionadas com DCVs, de acordo com o estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, são: cardiomiopatia, doença cardíaca reumática, doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, fibrilação atrial, doença arterial periférica, aneurisma de aorta, doença cardíaca hipertensiva, endocardite e miocardite<sup>3</sup>.

Devido à alta desigualdade socioeconômica, o Brasil possui apresenta altos índices de mortalidade por doenças não transmissíveis, especialmente as DCVs<sup>4</sup>.

A região metropolitana da Baixada Santista é constituída de nove municípios: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente e que apresenta, no total, cerca de 1,6 milhões de habitantes. Sendo uma elevada parcela dessa população acima dos 65 anos na Baixada Santista<sup>5</sup>. Sabe-se que o envelhecimento da população, a globalização, a urbanização com aumento da obesidade e inatividade física são fatores determinantes para aumento da mortalidade por DCVs<sup>6</sup>.

## OBJETIVO

Analisar a mortalidade por DCVs que acometem homens e mulheres acima dos 65 anos na região metropolitana da Baixada Santista no período de 2015 a 2019.

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de aspecto observacional e analítico através de uma pesquisa no banco de dados do DATASUS (departamento de informática do sistema único de saúde), especificamente utilizando o software TABWIN. Nesse software foram pesquisados a frequência de óbitos das doenças cardiovasculares conforme CID-10 (Tabela 1). Foram pesquisados homens e mulheres acima de 65 anos, residentes das cidades de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande, Santos e São Vicente e São Paulo no período de 2015 a 2019. A cidade de Peruíbe foi excluída por ausência de dados.

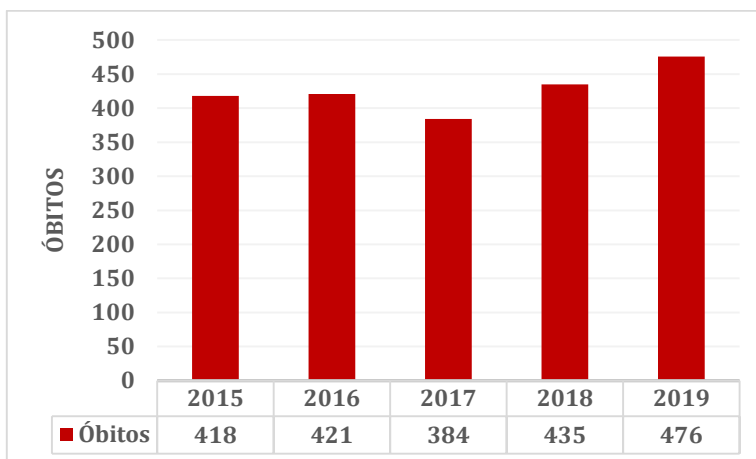
**Tabela 1.** CID das doenças utilizadas no estudo.

### CAUSAS (CID-10)

I 21	Infarto Agudo do Miocárdio
I 50	Insuficiência cardíaca
I 63	Infarto Cerebral
I 64	Acidente Vascular Cerebral com Hemorragias
I 74	Embolia e Tromboses Arteriais
I 83	Varizes dos Membros Inferiores

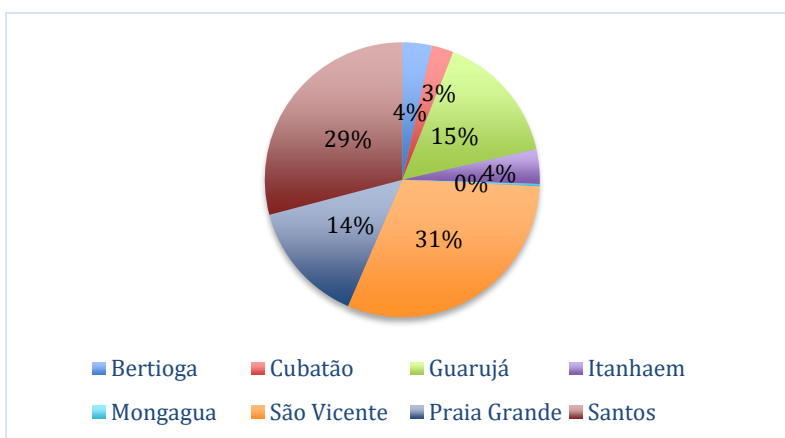
## RESULTADOS

O banco de dados final ficou constituído por 2134 óbitos por DCVs, sendo que no ano de 2019 correspondeu a 22,3 % do total de óbitos por DVCs nos municípios da região metropolitana da Baixada Santista (Figura 1).



**Figura 1. Número de óbitos por DCVs que acometem homens e mulheres acima dos 65 anos na região metropolitana da Baixada Santista no período de 2015 a 2019.**

Desse total, os municípios de São Vicente e Santos apresentaram as maiores porcentagens de óbitos por DCVs, representando 31% e 29% respectivamente, em relação aos municípios da região metropolitana de Baixada Santista, como demonstrado na Figura 2.



**Figura 2. Distribuição dos óbitos por DCVs que acometem homens e mulheres acima dos 65 anos na região metropolitana da Baixada Santista no período de 2015 a 2019.**

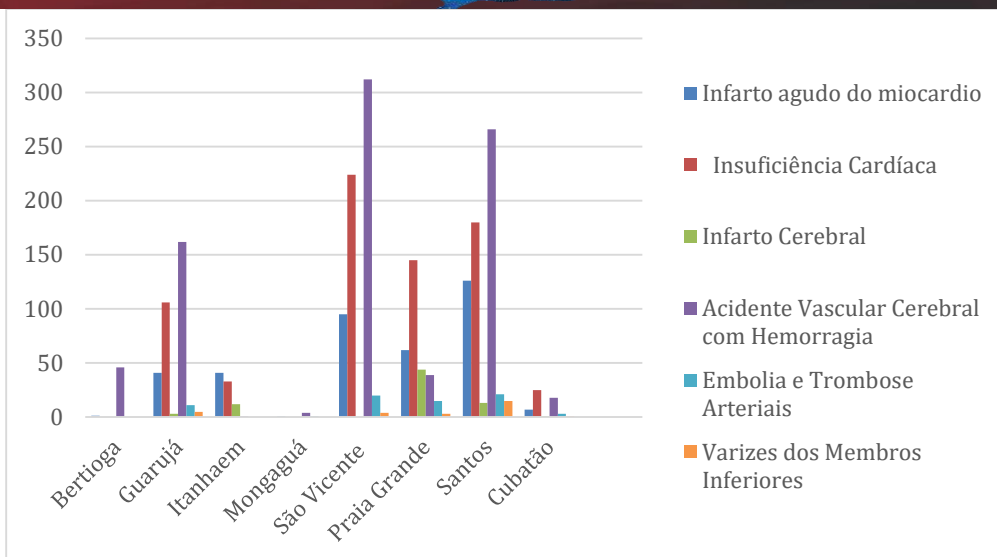


A principal causa de morte nos municípios estudados, no período de 2015 a 2019, foi acidente vascular cerebral com hemorragias (CID I 64) (39,7%), seguida da Insuficiência Cardíaca (33,41%) e Infarto Agudo do Miocárdio (18,79%) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Frequência de óbitos por DCVs, segunda a causa básica de morte entre residentes homens e mulheres acima de 65 anos da Baixada Santista durante o período de 2015 a 2019.

	<b>CAUSAS (CID-10 I)</b>	<b>(N) ÓBITOS</b>	<b>%</b>
I 21	Infarto Agudo do Miocárdio	401	<b>18,79%</b>
I 50	Insuficiência cardíaca	713	<b>33,41%</b>
I 63	Infarto Cerebral	73	<b>3,42%</b>
I 64	Acidente Vascular Cerebral com Hemorragias	848	<b>39,7%</b>
I 74	Embolia e Tromboses Arteriais	71	<b>3,32%</b>
I 83	Varizes dos Membros Inferiores	28	<b>1,31%</b>
<b>TOTAL</b>		2134	100%

Além disso, a análise de frequência das causas básicas de óbitos por DCVs, mostra similaridade com os dados dos municípios analisados, sendo o acidente vascular cerebral com hemorragias, a principal causa na maioria das regiões, com exceção da cidade de Praia Grande que a maior causa dos óbitos foi por Insuficiência cardíaca (Figura 3).



**Figura 3: Frequência de óbitos de acordo com a causa básica (CID 10 I) que acometem homens e mulheres acima dos 65 anos nos municípios da região metropolitana da Baixada Santista no período de 2015 a 2019.**

## CONCLUSÃO

Conclui-se que São Vicente e Santos são os municípios da região metropolitana da Baixada Santista com a maior quantidade de óbitos por DCVs e que a maior causa básica desses óbitos é o acidente vascular cerebral com hemorragia. Esses dados podem ser fundamentais para serem empregados por gestores, tomadores de decisões, e certamente pela comunidade médica, para entender melhor as doenças desta população, reavaliar esforços e identificar ações prioritárias para combater e prevenir as doenças cardiovasculares na região.

## REFERÊNCIAS:

1. Francula-Zaninovic S, Nola IA. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Curr Cardiol Rev.* 2018;14(3):153-163. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131408/> DOI: 10.2174/1573403X14666180222102312.
2. Bartlett ES, Flor LS, Medeiros DS, et al. Public knowledge of cardiovascular disease and response to acute cardiac events in three municipalities in

- Brazil. Open heart. 2020; 26:1-8. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7451281/> DOI:  
10.1136/openhrt-2020-001322
3. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70(1):1-25. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5491406/pdf/main.pdf> DOI:  
10.1016/j.jacc.2017.04.052.
4. Marijon E, Mirabel M, Celermajer DS, Jouven X. Rheumatic heart disease. *The Lancet* 2012; 379(9819):953–964. Disponível em:  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61171-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61171-9/fulltext) DOI:10.1016/s0140-6736(11)61171-9.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. População residente, por grupos de idade, segundo os municípios e o sexo [acesso em 12 jun 2021]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
6. Carvalho GN, Giannotti MA, Sartor S, Quintanilha JA. Modelagem para integração de dados sobre macrobentos em Infraestrutura de Dados Espaciais. *Ambi-Agua.* 2012;7(2):195-213. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4136/ambi-agua.774>

## **ASPECTOS GERAIS E COMPARATIVOS ENTRE SCHWANNOMA E NEUROFIBROMA E O IMPACTO NA PRÁTICA CLÍNICA – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Adriane Carvalho de Meneses<sup>1</sup>, Priscilla Brogni Pereira<sup>1</sup>, Fábio César Prosdócimi<sup>2</sup>, Joseph Bruno Bidin Brooks<sup>2</sup>, Mauro Gomes Araujo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Estudante de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

<sup>2</sup>Professor da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

### **INTRODUÇÃO**

Schwannoma, também conhecido como neurilemoma, é definido como uma neoplasia benigna originada das células de Schwann derivadas da crista neural, essas células têm como função cobrir as fibras nervosas mielinizadas. Regiões de tecidos moles, tais como a região de cabeça e pescoço, são um dos locais mais comuns para esse tumor, assim como as regiões das superfícies flexoras das extremidades.<sup>1,2</sup> São mais frequentes na quarta e quinta décadas de vida, sendo de prevalência maior no sexo feminino, com relação é 1,6:1.<sup>1</sup> Os schwannomas são componentes do gene NF2, esse gene é codificador da proteína chamada merlina, e a ausência da expressão de merlina é um achado frequente nesse tipo de tumor.<sup>2</sup>

O neurilemoma geralmente é solitário, encapsulado e por ser de crescimento lento pode estar presente por anos de forma assintomática.<sup>1,2</sup> Exames

como a ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética auxiliam no diagnóstico pois estimam as margens do tumor, assim como a infiltração das estruturas circundantes. São resistentes à radioterapia e o tratamento de escolha é a enucleação cirúrgica conservadora com acompanhamento médico regular.<sup>1</sup>

Já os neurofibromas, apesar de serem caracterizados como infiltrativos, também são benignos e apresentam baixa transformação maligna geralmente quando o neurofibroma plexiforme expande-se para o interior do nervo periférico. A presença de múltiplos neurofibromas ou de neurofibromas plexiformes sugere o diagnóstico de neurofibromatose tipo 1. Tanto no neurofibroma cutâneo quanto no neurofibroma plexiforme, são observadas alterações significantes no gene NF1, que sintetiza a neurofibrina e estimula a atividade da GTPase, inibindo a atividade do RAS (gene oncológico). Como na doença há uma deficiência expressiva no gene NF1, neoplasias advindas da atividade do RAS podem aparecer.<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** Schwannoma, Neurofibroma, Verocay

## OBJETIVO

O presente artigo é uma revisão bibliográfica que aborda a diferença entre schwannoma e neurofibroma, seu objetivo é revisar as bibliografias mais recentes a respeito dessas doenças e descrever as comparações mais relevantes para a clínica.

## METODOLOGIA

Nessa pesquisa, os meios de busca utilizados foram: base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e PubMed. A busca ocorreu em artigos de 2002 a 2018. Foram lidas e analisadas oito pesquisas, das quais seis foram utilizadas para a realização da presente revisão.

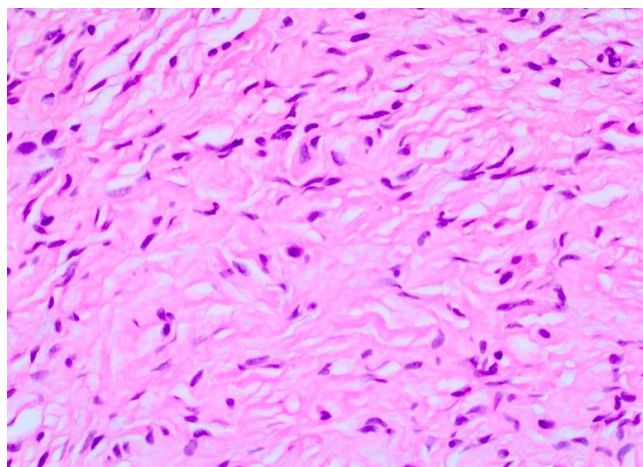
## DESENVOLVIMENTO

Apesar da origem dos schwannomas ser advinda do tecido nervoso, a localização exata do nervo retratado é complexa. Tumores que decorrem dos pequenos nervos são livres e móveis, mas essa mobilidade é limitada ao longo do eixo dos que se originam de nervos grandes. O crescimento de abscessos

derivados de nervos grandes causa deslocamento e compressão do tecido nervoso normal circundante. Tais lesões são diagnosticadas como schwannoma quando o tumor está conectado diretamente ao nervo.<sup>3</sup>

Em contrapartida, os neurofibromas são caracterizados por serem tumores heterogêneos, expressam-se como uma lesão infiltrativa com capacidade de crescer e se expandir no interior do nervo periférico, a exemplo do neurofibroma plexiforme, ou como massas distintas bem delimitadas, não encapsuladas e compostas por células fusiformes, como exemplo do neurofibroma cutâneo ou do neurofibroma solitário (imagem 1). As lesões cutâneas crescem em forma de nódulos, podendo muitas vezes estarem acompanhadas de hiperpigmentação superficial.<sup>2</sup>

**Imagem 1:** Nódulo cutâneo da perna com proliferação hipocelular de células fusiformes serpentinas brandas e colágeno.



Fonte: Abdellatif E.<sup>6</sup>

O neurofibroma cutâneo pode acometer tanto a derme quanto a gordura subcutânea. Não costuma ser invasivo, no entanto, estruturas adjacentes podem ser acometidas pelas bordas da lesão. O neurofibroma plexiforme, pode acometer qualquer local do trajeto do nervo, porém normalmente grandes troncos nervosos são mais envolvidos. Ao contrário do que ocorre nos Schwannomas, não é viável a separação da lesão do nervo já que as margens das extremidades distais e proximais do tumor são pouco definidas em decorrência da infiltração. Em



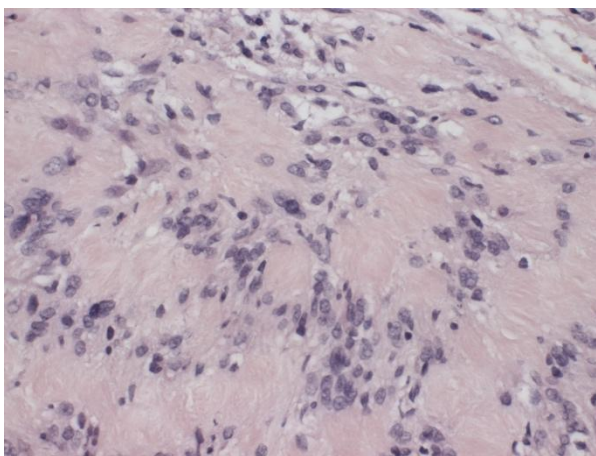
oposição ao que ocorre nos schwannomas, nos neurofibromas os axônios podem ser identificados no interior da lesão.<sup>2</sup>

Outra característica importante dos neurofibromas é a capacidade de infiltração, costumam infiltrar-se entre os fascículos nervosos e não apresentam cápsula discreta.<sup>4</sup> Os neurofibromas não têm a cápsula colágena característica dos schwannomas, ao contrário disso, eles são circundados por um perineuro e epineuro de espessamento variável. Diferente dos schwannomas, que afasta o nervo associado, os neurofibromas entrelaçam-se com o nervo de origem.<sup>3</sup>

No exame microscópico, os tumores do tipo schwannoma expressam uma mistura de dois padrões de crescimento: Antoni tipo A e Antoni tipo B. No padrão de crescimento tipo A, observam-se células alongadas com processos citoplasmáticos organizados em fascículos em áreas de moderada a alta celularidade e escassa matriz estromal. Em contrapartida, no padrão de crescimento tipo B, o tumor é menos denso em células.<sup>2</sup> Os corpúsculos de Verocay, presentes também nos schwannoma, são as zonas isentas de núcleos dos prolongamentos estendidos entre as regiões de paliçada nuclear (Imagem 2).

Em quesitos comparativos, ambos tumores são identificados como lesões isoladas na população. Entretanto, vários neurofibromas são característicos da neurofibromatose tipo 1, enquanto os schwannomas vestibulares bilaterais são identificados como neurofibromatose tipo 2. Compreender a diferença entre esses dois tumores é de suma importância na área das doenças neurocutâneas.<sup>5</sup>

**Imagem 2:** Padrões de crescimento Antoni A e Corpúsculos de Verocay



Fonte: Imagem própria

Em se tratando de neurofibromas, existem padrões de ressonância magnética, com as características: intensidade de sinal baixo a intermediário nas imagens ponderadas em T1; aumento do componente em imagens ponderadas em T2; vários sinais de alvo devido a uma área de colágeno central.<sup>3</sup>

Na comparação entre schwannoma e neurofibroma é possível identificar que 15% a 16% dos pacientes com neurofibroma irão apresentar evolução maligna, ao contrário do schwannoma que a transformação maligna é um evento muito raro. Além dessa diferença de malignidade, a taxa de recorrência de um schwannoma é menor do que de um neurofibroma, e isso se deve à presença do encapsulamento dos schwannomas.<sup>3</sup>

## CONCLUSÃO

Compreender a diferença entre schwannoma e neurofibroma é fundamental não só no manejo dos pacientes, mas também corrobora em uma boa avaliação clínica e laboratorial confiável. Além disso, a compreensão dos aspectos microscópicos é crucial para diferenciar esses dois tumores.

## BIBLIOGRAFIA

1. Zainab H, Kale AD, Hallikerimath S. Intraosseous schwannoma of the mandible. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2012 May;16(2):294-6.
2. Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
3. Baranović M, Macan D, Begović E, et al. Schwannoma with secondary erosion of mandible: case report with a review of the literature. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2006;35(6):456–460.
4. Haldeman C, Hanna A. Neurofibroma of the peroneal nerve. *Neurosurg Focus*. 2018 Jan;44(VideoSuppl1):V2.
5. Ferner RE, O'Doherty MJ. Neurofibroma and schwannoma. *Curr Opin Neurol*. 2002 Dec;15(6):679-84.
6. Abdellatif E, Kamel D. Neurofibroma-general. *PathologyOutlines.com* website. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/softtissue neurofibroma.html>. Accessed April 3th, 2022.

## **A IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA MÉDICA NOS CASOS DE TORTURA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Marcela Lourenço Alves<sup>1</sup>. Neusa Maria Esteves Bittar<sup>2</sup>

e-mail contato: [lourencoalves.marcela@gmail.com](mailto:lourencoalves.marcela@gmail.com)

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

2- Orientador responsável; médica e advogada, professora universitária de medicina legal e criminologia.

### **INTRODUÇÃO**

Desde 1984, a "tortura" foi definida nos termos constantes da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura como qualquer ato que gere dor ou sofrimento físico ou mental, que seja intencionalmente causado a um indivíduo com a finalidade de obter informações, confissões ou como forma de punição.<sup>1</sup>

É importante salientar que, a tortura é proibida por vários instrumentos internacionais, incluindo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, as Convenções de Genebra e a Convenção das Nações Unidas contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (UNCAT).<sup>2</sup>

Na Legislação Brasileira, através da Lei nº 9455/1997, entende-se com crime de tortura o constrangimento de alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando algum sofrimento, tanto físico quanto mental.

Entretanto, apesar dos tratamentos desumanos ocorrerem no mundo todo, o uso de métodos de tortura que não deixam marcas visíveis aumentou em espectro geral, resultando em efeitos psicológicos de longa duração.<sup>3</sup> Com isso, nos últimos anos, a tortura se tornou um problema de saúde pública que desafia, não só a política, mas as ciências da saúde.<sup>4</sup>

Os estudos a respeito da tortura evoluíram e contribuíram significativamente para a conduta das perícias médicas. Entretanto, devido à necessidade de perícia médica rápida e objetiva, surgiram diversos protocolos.<sup>5</sup>

O Protocolo de Istambul, criado em 1999, teve como objetivo principal, atuar como documento de referência internacional para avaliação de quadros de tortura e maus tratos de forma mais adequada e precisa. Aborda, também, os padrões legais, técnicas de entrevista e conhecimentos gerais sobre consequências da tortura.<sup>1</sup>

Sendo assim, através dele, estabelece-se padrões para as investigações médico-legais de quadros sugestivos de tortura<sup>4</sup>, já que o médico legista não deve se ater, apenas, na quantificação do dano, mas também, na determinação se a lesão ocorreu ou não por tortura.

## **OBJETIVOS E MÉTODOS**

Realizar uma busca na literatura, por MEDLINE (PubMed e SciELO) e protocolos jurídicos, visando reforçar a importância da perícia médica em casos de tortura.

## **DESENVOLVIMENTO**

O protocolo de Istambul, hoje, é considerado uma diretriz internacional que pode ser usada como ferramenta para avaliar a consistência entre alegações de tortura e achados médicos. É o documento mais completo que orienta os peritos na identificação, caracterização e elucidação do crime de tortura, podendo utilizar os seguintes termos em suas conclusões nos exames de crimes de tortura:

1. Inconsistente: lesão não poderia ter sido causada pelo trauma descrito;
2. Consistente: lesão poderia ter sido causada pelo trauma descrito, mas não é específica dele e existem muitas outras causas possíveis;
3. Altamente consistente: lesão poderia ter sido causada pelo trauma descrito e são poucas as outras causas possíveis;
4. Típica de: lesão é geralmente encontrada em casos desse tipo de trauma, mas existem outras causas possíveis;
5. Diagnóstico de: lesão não poderia ter sido causada em nenhuma outra circunstância, a não ser na descrita.

Na documentação, compreende-se os seguintes aspectos: esclarecimento dos fatos e estabelecimento e reconhecimento da responsabilidade individual estadual perante as vítimas e famílias, identificação das medidas necessárias para evitar a repetição do fato e facilitar a ação penal por meio de sanções disciplinares contra os responsáveis apurados, além de demonstrar a necessidade de ressarcimento por parte do Estado, incluindo indenização justa que possibilita o tratamento e reabilitação da vítima.<sup>1</sup>

Estudo realizado por *McColl et al.*, evidencia, principalmente, a precariedade do conhecimento médico a respeito do ato de tortura. A partir deste, é possível afirmar que a deficiência na educação a respeito do tema e suas questões ético-legais associadas são insuficientes para a investigação, prevenção e tratamento da tortura. Diante desse cenário, o estudo demonstra que os conhecimentos dos métodos comuns de tortura são de extrema importância, reforçando os conceitos prescritos no Protocolo de Istambul. Por isso, o treinamento médico em conjunto com profissionais do direito, garantiriam a

eficiência e rapidez, não só da perícia médica, mas da prevenção e tratamento dos casos reais de tortura.<sup>2</sup>

A análise realizada por *Sondergaard, et al.*, enfatiza os métodos de tortura que não deixam marcas visíveis e exemplifica os métodos de tortura psicológica como, confinamento solitário, privação de sono e sensorial, humilhações e ameaças. O estudo afirma que o desenvolvimento de um protocolo específico melhorou as práticas de documentação de casos de tortura. Todavia, os métodos de tortura psicológicos são ofuscados pela evidência médico-legal de tortura física, mesmo que os problemas mentais sejam, a longo prazo, mais danosos do que a tortura corporal. Para isso, faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas para associar aos protocolos existentes, a identificação de métodos de tortura psicológica.<sup>3</sup>

A revisão de *Wenzel* ratifica que o conhecimento a respeito do tema "tortura" deveria estar dentro da grade curricular dos estudantes da área de saúde e na educação médica continuada. Isso se mostra essencial quanto se observa o aumento global da frequência dos casos de tortura, mesmo quando a ética profissional se torna discutida com maior frequência. Assim, para se ter uma avaliação padronizada, os autores citam o Protocolo de Istambul não só como padrão de treinamento, mas como forma de conscientização da relevância médica e legal das sequelas de traumas na área da saúde.<sup>4</sup>

Em especial no Brasil, o estudo realizado por *Galvão & Ribeiro*, reforça a condição precária das estimativas da incidência de tortura no país, visto que ainda não reconhece a existência e gravidade da prática de tortura, o que vai de encontro com a sua obrigatoriedade de prevenir e punir o ato, comprometendo, assim, os dados estatísticos a respeito do tema.

Diante desse cenário, os autores reafirmam a importância do Protocolo de Istambul, que alega que o médico legista é responsável pela elaboração de relatório, em casos que a vítima aceita realizar os exames médicos, contendo: circunstâncias em que decorre o exame, história factual, observações físicas e psicológicas (fotografias das lesões), parecer do caso e possível autoria do ato.<sup>5</sup>



## CONCLUSÃO

A tortura ainda é uma prática comum no mundo inteiro e é necessário a organização e cooperação de instituições médicas internacionais, com a finalidade de implementar códigos que abordem o tema, visando uma melhor perícia a respeito dos casos, podendo, dessa forma, investigar, prevenir e tratar de forma precisa, todos os casos sugestivos. Diante do apresentado, nota-se a importância do Protocolo de Istambul, visto que este, é citado em todos os estudos como principal referência de conduta para casos de tortura, mundialmente.

## REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Protocolo de Istambul: Manual para investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamento cruéis. Genebra, 2001.
2. McColl H, Bhui K, Jones E. The role of doctors in investigation, prevention and treatment of torture. J R Soc Med. 2012;105(11):464-71.
3. Søndergaard E, Skilbeck R, Shir E. Development of interdisciplinary protocols on medico-legal documentation of torture: Sleep deprivation. Torture. 2019;29(2):23-37.
4. Wenzel T. Torture. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(5):491-6.
5. Galvão, MF, Ribeiro, DC. A Perícia Médico Legal como Instrumento de Prevenção e Punição da Tortura [monografia]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2006.

**Palavras-chaves:** perícia médica, tortura

## REVISÃO DA CONDUTA DIAGNÓSTICA POR IMAGENS NOS DIFERENTES TIPOS DE ANGIOMIOLIPOMA

Caroline de Carvalho Costa<sup>1</sup>, Laura Vale Farao<sup>1</sup>, Robert Reis Skylis<sup>1</sup>, Rubén Darío Soares Núñez<sup>1</sup>, Rubens Escobar Pires Lodi<sup>2</sup>

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

2- Preceptor Adjunto da Liga de Nefrologia, UNIMES.

e-mail do autor: [rubendariosn3@gmail.com](mailto:rubendariosn3@gmail.com)

**Palavras-chave: angiomiolipoma, conduta, diagnóstico**

### 1- Introdução

O angiomiolipoma renal (AML) consiste em um tumor benigno composto por gordura, músculo e vasos sanguíneos em padrão desorganizado.<sup>1</sup> Pode se apresentar de diversas maneiras, sendo comumente achado incidental de imagens geralmente realizadas por outros afins.<sup>1</sup> É a forma mais comum de tumor benigno de rim.<sup>2</sup> Apresenta-se esporadicamente, associada ao complexo de esclerose tuberosa (TSC), ou linfangioleiomiomatose pulmonar (LAM).

Existe uma classificação baseada nos achados radiológicos dependendo das proporções dos componentes.<sup>2</sup> Classifica-se como: Angiomiolipoma clássico, com apresentação homogênea e hiperecólica ao ultrassom e à tomografia

computadorizada e ressonância magnética facilmente diagnosticada pelo componente gorduroso; Angiomiolipoma pobre em gordura, com três apresentações (hiper ou isoatenuante ou com cistos epiteliais), indiferenciável ao US e RM, com mínima presença de gordura a TC. O Angiomiolipoma epitelióide, sendo a forma mais rara e agressiva por seu comportamento clínico, levando a trombos venosos e metástases distantes, requer biópsia.<sup>2</sup>

Quando sintomáticos há uma tríade de sintomas clássicos: dor nos flancos, presença de massa palpável e a hematuria.<sup>3</sup> Como principal complicação relata-se a hemorragia do retroperitônio devido ao rompimento do tumor.<sup>3</sup> Essa tríade é nomeada por tríade de Lenk e junto aos sinais de hemorragia denomina-se síndrome de Wunderlich.<sup>3</sup>

O tratamento deste tipo de tumor depende fundamentalmente do tamanho do tumor, taxa de crescimento, condições do paciente e sintomas.<sup>4</sup>

## **2- Objetivos e Métodos**

Esta revisão de literatura tem como objetivo abordar as complicações e manejo do angiomiolipoma. Tal revisão foi produzida por meio de busca em base de dados (pubmed) e seleção de estudos científicos que se adequam ao tema.

## **3- Discussão**

A importância dos exames radiológicos é essencial para a identificação do AML clássicos, os quais na TC apresentam-se como pequenas massas esféricas na cortical, com proporções variáveis de gordura. Além disso, demonstram morfologia piramidal na interface, com seu ápice apontado para o parênquima renal e sua base voltada para cápsula renal, que serve como valor preditivo para diferenciação entre tumor benigno de maligno (Aparece em 76% dos AML e ajuda a diferenciar de CCR). A presença de gordura facilita no diagnóstico específico de AML, vista principalmente a RM com grande contraste dos tecidos moles.<sup>5</sup> O AML pobre em gordura apresenta-se com pequena massa renal geralmente descoberta incidentalmente por TC com hiperatenuação homogênea sem calcificação, particularmente em pacientes mais jovens do sexo feminino.<sup>6</sup>

Porém os AML pobre em gordura podem ser facilmente confundidos com CCR apesar de na TC ele apresentar ausência de "Sinal de Bico" em lesão protusa originada das margens renais indicativas de origem subcapsular ou capsular.<sup>5</sup>

O Angiomiolipoma epitelióide (EAML) possui aparência radiológica renal não definida e pouco discutida na literatura até o momento por seu amplo espectro de apresentações, sendo fundamental a biópsia renal para seu diagnóstico preciso.<sup>7</sup>

A diferenciação dos subtipos de AML é de grande valia, tendo em vista a gama de tratamentos para cada. Primeiramente, a observação de pacientes assintomáticos com tumores menores de 4cm em casos esporádicos de AML, pois nessa forma o crescimento é mais lento. A observação consiste em exames de imagem, análise da urina e do soro do paciente. AML esporádicos maiores de 4cm ou com aneurismas intra-tumorais maiores que 5mm devem ser tratados por embolização transarterial ou nefrectomia parcial.<sup>8</sup>

O tratamento cirúrgico não é a primeira linha de tratamento, sua indicação inclui casos de malignidade, sintomas ou risco de hemorragia. Para tais condições recomenda-se a nefrectomia parcial ou poupadora de néfrons por sua baixa taxa de complicações e conservação parcial da função renal. Nefrectomia total deve ser apenas considerada com cuidado, visto o risco de desenvolvimento de insuficiência renal.<sup>3</sup>

As formas não esporádicas, associadas à esclerose tuberosa (TSC) recomenda-se tratamento clínico, devido sua alta recorrência nessa população.<sup>2,9</sup> Em razão disso, tais pacientes fazem tratamentos a base de inibidores de m-TOR, em contraste, pacientes com AML esporádico, por não possuir tal alteração genética, raramente desenvolvem aneurisma ou ruptura. Tais inibidores m-TOR, como sirolimus e everolimus, são eficazes para AML e outras manifestações de TSC. Porém, a terapia contínua com sirolimus não tem tempo definido. Portanto, o desenvolvimento de estratégias para eliminar em vez de suprimir os AML continua sendo uma alta prioridade.<sup>2,3,9</sup>

Por fim, inovações com maior potencial como imunoterapia dirigida às células T para o tratamento de AML são de particular interesse e ainda são testadas em camundongos. Alguns camundongos tratados apresentaram sobrevida prolongada (> 100 dias) após fim do tratamento.<sup>9</sup>

#### 4- Conclusão

A análise radiológica do angiomiolipoma é de extrema importância para o acompanhamento clínico, diferenciação dos subtipos e, com isso, importante para indicação terapêutica mediante a cada caso. A indicação entre tratamento cirúrgico e clínico deve ser mediante à complicações ou subtipos malignizantes.

#### 5- Referências

1. Murray TE, Lee MJ. Are We Overtreating Renal Angiomyolipoma: A Review of the Literature and Assessment of Contemporary Management and Follow-Up Strategies. *Cardiovascular and Interventional Radiology* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Mar 29];41(4):525–36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29260305>
2. Renal angiomyolipoma with tuberous sclerosis complex: How it differs from sporadic angiomyolipoma in both management and care. *Asian Journal of Surgery* [Internet]. 2020 Oct 1;43(10):967–72. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1015958420300038>
3. Wang C, Li X, Peng L, Gou X, Fan J. An update on recent developments in rupture of renal angiomyolipoma. *Medicine* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Mar 29];97(16):e0497. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29668633/>
4. CASTILLO C, OCTAVIO; FONERON V, ALEJANDRO; VIDAL M, IVAR y TAPIA M, CARLOS. Nefrectomia parcial laparoscópica en angiomiolipoma gigante. *Rev Chil Cir* [online]. 2008, vol.60, n.5 [citado 2022-03-28], pp.442-446. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-)

40262008000500014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4026. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262008000500014>.

5. Razik A, Das CJ, Sharma S. Angiomyolipoma of the Kidneys: Current Perspectives and Challenges in Diagnostic Imaging and Image-Guided Therapy. *Curr Probl Diagn Radiol* [Internet]. 2019;48(3):251–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1067/j.cpradiol.2018.03.006>
6. Lim RS, Flood TA, McInnes MDF, Lavallee LT, Schieda N. Renal angiomyolipoma without visible fat: Can we make the diagnosis using CT and MRI? *Eur Radiol*.
7. Cong X, Zhang J, Xu X, Zhang M, Chen Y. Renal epithelioid angiomyolipoma: magnetic resonance imaging characteristics. *Abdom Radiol* [Internet].
8. Hatano T, Egawa S. Renal angiomyolipoma with tuberous sclerosis complex: How it differs from sporadic angiomyolipoma in both management and care. *Asian J Surg* [Internet]. 2020;43(10):967–72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2019.12.008>
9. Lam HC, Siroky BJ, Henske EP. Renal disease in tuberous sclerosis complex: pathogenesis and therapy. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2018;14(11):704–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41581-018-0059-6>

## HIV EM IDOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### HIV IN THE ELDERLY: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

**Autores:** Ana Paula Otto<sup>1</sup>, Ana Gabriela Moreira<sup>1</sup>, Bruno Vinicius Aparecido da Silva<sup>1</sup>, Júlia Osmarini Dadalto<sup>1</sup>, Mateus da Silva Tudisco<sup>1</sup>, Michele Barreiro<sup>1</sup>, Renan Brufatto Tognoli<sup>1</sup>, Sophia Pomar<sup>1</sup>, Tais Caldas<sup>1</sup>.

**Orientador:** Dr. Luiz Henrique T. Guerra<sup>2</sup>.

1. Acadêmico(a) de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP, [otto.ana96@gmail.com](mailto:otto.ana96@gmail.com).
2. Médico Especialista em Geriatria, Cuidados Paliativos e Preceptor de Clínica Médica no Internato da Medicina Unimes – Hospital Santa Casa de Santos.

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento da incidência de casos de HIV na população acima dos 60 anos tem crescido como em nenhuma outra faixa etária, o que tem se tornando um problema de saúde pública. Em 2013, o Programa Conjunto das Nações Unidas



sobre HIV/AIDS (UNAIDS) reconheceu que a população idosa é grupo de risco para a infecção pelo vírus do HIV.

Quando se fala do envelhecimento e aids, uma das primeiras questões a serem abordadas é a sexualidade das pessoas idosas. Com o aumento da expectativa de vida do brasileiro, os idosos têm a possibilidade de melhorarem a qualidade de suas vidas, usam para isso a prática de atividades de lazer social, o que acaba por criar um ambiente favorável a novos encontros, assim os idosos têm a possibilidade de manterem-se sexualmente ativos.<sup>1,2,3</sup>

Os primeiros casos de aids, notificados no Brasil e no mundo a partir da década de 1980, estavam associados aos grupos de risco para a infecção do HIV da época, como homossexuais do sexo masculino, profissionais do sexo e usuários de drogas. Os idosos não entravam como vulneráveis, por essa razão as campanhas de prevenção direcionadas a essa população eram praticamente inexistentes. Esse fato pode ter contribuído para que os idosos tenham dificuldades em aderir a métodos de prevenção para a doença. A vulnerabilidade da pessoa idosa à infecção pelo HIV está relacionada com uma variedade de fatores, os quais acabam colaborando para sua maior exposição. Dentre esses fatores, pode-se citar o aumento da utilização de medicamentos que melhoram e prolongam a vida sexual, a confiança da mulher em relação ao parceiro, a quem acaba por não exigir o uso do preservativo, a falta de informação sobre a doença de forma geral e a falta de profissionais de saúde capacitados ao reconhecimento de que o idoso entra como grupo de risco e está vulnerável ao HIV.<sup>2,4</sup>

Essas questões apresentadas sobre o envelhecimento associado ao diagnóstico muitas vezes tardio do HIV revelam a complexidade e relevância desses eventos para a compreensão do processo saúde e doença da pessoa idosa. Implementar ações que trabalhem com a questão da sexualidade na terceira idade se tornou um desafio para as políticas públicas de saúde.<sup>4</sup>

Como o grande aumento de casos de HIV relacionados a pessoas idosas, há a necessidade de maior conhecimento acerca do porquê está ocorrendo esse fato e quais as possibilidades para o combate e prevenção da doença.

## **2. MÉTODO**

Realizou-se um estudo de revisão integrativa de literatura sobre a ocorrência de HIV/AIDS em pessoas da terceira idade. Para isso, utilizou-se pesquisa nas plataformas Pubmed e Scielo, além da página virtual do Ministério da Saúde do Brasil de revisões e dados bibliográficos.

### **3. OBJETIVO**

O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão bibliográfica dos principais artigos que estudaram e relacionaram o HIV em pacientes idosos.

### **4. DISCUSSÃO**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem sido notificada no Brasil desde 1980 e assim, o país tem desenvolvido estratégias para a prevenção, essas muito raramente voltada para a população idosa. Essa falta de campanhas de prevenção junto ao aumento do período sexual ativo e o uso de fármacos que ajudam na potência sexual, tem refletido no aumento incidência de IST e AIDS nos idosos, principalmente pelo fato da ocorrência de práticas sexuais inseguras contribuindo para que essa população se torne mais vulnerável às infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).<sup>5</sup>

O diagnóstico de HIV em pessoas idosas tem o costume de ocorrer tardiamente, podendo não chegar a ser realizado. Dentre as causas, a falta de conhecimento pelos próprios idosos em relação a transmissão do HIV pode ser citada, existindo muitos conceitos confusos, como estes desconsiderando a possibilidade do contágio durante o período assintomático da doença, uma vez que a pessoa com o vírus irá sempre apresentar os sintomas da doença, ou até acreditam que basta a simples prática de lavagem dos órgãos genitais após as relações sexuais para evitar o contágio, diminuindo assim, procura por testes diagnósticos, pois não acreditam estar em situação de risco. Outra causa seria os profissionais de saúde contribuindo para um subdiagnóstico, ou por considerarem a população idosa como de risco, ofertando assim menos testes, ou também pelo despreparo dos profissionais da saúde em trabalhar com a sexualidade do idoso, não sabendo receber suas queixas sexuais. Muitas vezes, profissionais que têm uma sensibilidade maior para com a saúde sexual dessa população, podem cometer erros em fazer o diagnóstico, pois muitos dos sintomas iniciais do HIV em idosos são parecidos com o de doenças crônicas ou manifestação do envelhecimento, entre eles cita-

se a fadiga, perda de peso, problemas de memória e menor resistência física, o que causa um atraso na realização de exames específicos para a detecção da doença.<sup>5,6</sup>

Foi identificado, entre pacientes atendidas na rede primária de saúde em Campinas, que as mulheres idosas não utilizam camisinha e que, 81% delas nunca usaram, sendo que nenhuma disse que usaria camisinha para evitar doença, porque as pacientes acreditavam na existência de parceiro fixo como uma forma de prevenção de ISTs. Apresenta-se inúmeros fatos que dificultam o uso de preservativos pelo casal, como a mulher estar no período pós-reprodutivo, a dificuldade de negociação entre os parceiros para adoção de práticas sexuais mais seguras, a falta de conhecimento sobre as vias de transmissão do HIV, revelando a necessidade de educação para os riscos e prevenção de ISTs voltadas a essa população.<sup>7</sup>

As práticas preventivas quanto à infecção pelo HIV nos idosos podem ser associadas ao uso de preservativo, com idosos reconhecendo a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, porém ainda demandando conhecimento quanto à existência dos tipos de preservativos. Apesar desse conhecimento, a realidade atual constata pouca utilização deste método preventivo por este seguimento populacional. Os diversos fatores atrelados à resistência na incorporação do uso do preservativo por essa população são referidos pela ausência de idade fértil, eliminando-o como método contraceptivo; medo masculino em não apresentar ereção e a dificuldade de negociação da camisinha pela mulher com o parceiro por gerar sentimento de desconfiança entre o casal. Também se utiliza a abstinência sexual, objeto individual (instrumentos perfurocortantes) e o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais.<sup>8</sup>

Há um aumento significativo de idosos que convivem com a presença do HIV. Dentre os fatores que contribuem para essa convivência, pode-se citar o uso da terapia antirretroviral combinada (TARV), o que proporciona melhor qualidade e expectativa de vida para o indivíduo com HIV, apesar da TARV está associada a alguns efeitos adversos como dislipidemia, diabetes melito e resistência à insulina, que estão relacionados ao risco para doença cardiovascular. Aqueles que

convivem com a doença ainda podem apresentar demência secundária à infecção, denominada complexo AIDS-demência ou complexo cognitivo-motor associado ao HIV, chega a atingir de 20% a 30% dos pacientes e está relacionada ao aparecimento de sintomas cognitivos, como esquecimento, pensamento lentificado, alteração da atenção; motores, como alterações de marcha, equilíbrio e coordenação; e comportamentais, como isolamento social, agitação ou apatia e quadros psicóticos.<sup>3,9</sup>

## 5. CONCLUSÃO

A prática de atividades sexuais não pode ser restrita apenas a idade cronológica, pois está tendo cada vez maior exercício pelos idosos, podendo ser considerada demonstração de boa saúde, tanto física, como mental. Com as inovações farmacológicas que tratam das disfunções e da impotência sexual e também da diminuição da elasticidade e lubrificação, a população idosa se torna grupo de risco para infecções sexualmente transmissíveis.<sup>10</sup>

Diante dos artigos pesquisados foi possível identificar que com o aumento da expectativa de vida, faz com que se torne necessário a implementação de estratégias para a diminuição do estigma em relação à vida sexual da pessoa idosa, podendo ser adquirida com a realização de práticas educativas para esta população.

O diagnóstico tardio de AIDS permite o aparecimento de infecções mais graves, o que acaba comprometendo mais a saúde muitas vezes já precária do idoso. O diagnóstico tardio do HIV/aids entre os idosos está atrelada a três principais aspectos: o fato dos idosos não serem vistos pelos profissionais de saúde como pessoas vulneráveis à infecção pelo HIV/aids; o idoso não se reconhece como um indivíduo vulnerável às IST/aids e os profissionais de saúde atribuindo alguns sintomas sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na aids a outras doenças mais comuns na população idosa.<sup>11</sup>

Os motivos que levam ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos revelou que o diagnóstico do HIV, que deveria acontecer na atenção primária, é falho, com os profissionais de saúde não solicitando a sorologia anti-HIV para essa população em geral por não perceberem os idosos como indivíduos sexualmente ativos, não levantando assim questionamentos sobre a sexualidade. Acredita-se

que a sexualidade não seja investigada por conta da existência, na sociedade, de um tabu de que o sexo e a sexualidade não existem na velhice.

Como observado, o número de pessoas idosas vivendo com o HIV/AIDS é crescente, sendo favorecidas pela terapia antirretroviral. Torna-se necessária a ampliação e manutenção das medidas preventivas dirigidas à faixa etária mais vulnerável à infecção, sendo elas ações educativas de proteção à saúde e ao diagnóstico mais precoce. Por isso, faz-se importante o diagnóstico precoce do HIV, para que esse idoso possa ter acesso à profilaxia para prevenir a transmissão sexual do HIV e receber um atendimento de qualidade, tendo assim, uma boa qualidade de vida.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. [Internet] *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022 [citado em 24 fev 2022];v. 25, p. 2051-2062. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KDgJkJrs4FbK4rr4Bn8JGgq/?lang=pt>
2. Affeldt AB, Silveira MF, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. [Internet] *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2015 [citado em 27 fev 2022];v. 24, n. 1, p. 79-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/m3nkdn3qmGPGcFVs9nBGgJh/?lang=pt>
3. Maciel Neto MD, Ribeiro ATC, Costa LS, *et al.* Caracterização sociodemográfica e clínica de idosos vivendo com HIV. [Internet] *Conjecturas*, 2021 [citado em 24 fev 2022];21 (7), 477-493. Disponível em: <https://doi.org/10.53660/CONJ-456-510>.
4. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO, *et al.* Idosos vivendo com HIV-comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. [Internet] *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020 [citado em 24 fev 2022]; v. 25, p. 575-584. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zmgcS6zg6CpZjtjzSWC5QHF/?lang=pt>
5. Araújo WJS, Bragagnollo GR, Nascimento KC, *et al.* Educational intervention on HIV/AIDS with elderly individuals: a quasi-experimental study. [Internet] *Texto & Contexto – Enfermagem*, 2020 [citado em 24 fev 2022]; Florianópolis, v. 29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0471>

6. Dornelas Neto J, Yamaguchi MU, Cortez LER, *et al.* Doenças Sexualmente Transmissíveis Em Idosos: Uma Revisão Sistemática. [Internet] *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015 [citado em 24 fev 2022]; v. 20, p. 3853-3864. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/doencas-sexualmente-transmissiveis-em-idosos-uma-revisao-sistematica/15180?id=15180>
7. Dos Santos FM, Monteiro IOP, Carvalho KM, *et al.* IDOSO E HIV: UM DESAFIO PARA O ENFERMEIRO NAS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO. [Internet] *BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, 2020 [citado em 24 fev 2022]; v. 15, n. 9, p. 1-10. Disponível em: <https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7121#:~:text=O%20objetivo%3A%20Descrever%20o%20desafio%20para,em%20Enfermagem%20SCIELO%20e%20LILCAS.>
8. Bezerra VP, Serra MAP, Cabral IPP, *et al.* Preventive practices in the elderly and vulnerability to HIV. [Internet] *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015 [citado em 24 fev 2022]; v. 36, n. 4, pp. 70-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/xnHhPzJVTL5RY5TgtjCyRPy/?lang=pt>
9. Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em idosos: vivências dos doentes. *Escola Anna Nery*, 2010 [Internet]; v. 14, n. 4 [citado 27 Mar 2022], pp. 712-719. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/PbWqRZQYJdr8PBvCgn5t7DJ/abstract/?lang=pt>
10. Alencar RA, CIOSAK SI. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. [Internet] *Rev Esc Enferm USP*, 2014 [citado 27 Mar 2022], v.49, n.2, p.229-235. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z9rTZYFb9C6Bx98Hd3qHYbj/?format=pdf&lang=pt>
11. Alencar RA, CIOSAK SI. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. [Internet] *Rev Bras Enferm*, 2016 [citado 27 Mar 2022]; v.69, n.6,p.1140-6. disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HNpWChCbKVLBjm9PcjbtwXD/?lang=pt>



## **LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ASSOCIADO À PRÓTESE MAMÁRIA - REVISÃO DE LITERATURA**

Autores: Bianca Angerami de Souza Albero<sup>1</sup>; Giovanna Garcia Ribeiro<sup>1</sup>; Lizandra Catharine Perrett Martins<sup>1</sup>; Luiza Serra Carvalho Moura<sup>1</sup>; Priscilla Freitas Guimarães Silva Giusti<sup>1</sup>; Maria Silvia Petty Moutinho<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduandas em Medicina na Universidade Metropolitana de Santos.

<sup>2</sup> Docente da disciplina Saúde da Mulher da Universidade Metropolitana de Santos  
correspondência: li.permar@gmail.com

**PALAVRAS-CHAVE:** Implante mamário; linfoma anaplásico de células grandes;  
CD30;

## **INTRODUÇÃO**

O linfoma anaplásico de células grandes associado a implantes mamários (BIA-ALCL), foi reconhecido e classificado no ano de 2017 pela Organização Mundial de Saúde como tipo de linfoma não-Hodgkin de origem em células T CD30+<sup>1,2,3</sup>. O aumento progressivo ao longo dos anos, do uso de próteses com finalidade estética ou pós-mastectomia, especialmente as de silicone com seu uso iniciando por volta de 1962<sup>1</sup>, torna a BIA-ALCL um desafio médico.

Apesar de apresentar patogênese pouco conhecida, alguns fatores e sintomas podem estar associados à evolução da desordem, implantes mamários com superfícies texturizadas se associam a maioria dos casos apresentados<sup>2</sup>. A apresentação clínica mais comum do BIA-ALCL é a ocorrência de efusão líquida ao redor do implante em cerca de dois terços das pacientes<sup>1</sup> esse líquido por sua vez, apresenta células necróticas e liquefeitas com alto teor proteico. Aproximadamente 30%<sup>1</sup> dos pacientes podem apresentar uma massa tumoral com ou sem a presença de efusão, geralmente manifestada por uma área endurecida de crescimento progressivo ao longo da região do implante, ainda porém pouco frequente, os indivíduos podem apresentar linfadenopatia axilar.

O tratamento quando em fase inicial, consiste na capsulectomia e remoção do implante porém em estágios avançados como de II a IV é necessário tratamento sistêmico incluindo quimioterapia e radioterapia<sup>4</sup>.

## **OBJETIVO**

Comparar as implicações do uso de próteses mamárias ao surgimento de disfunções sistêmicas como o linfoma anaplásico de células grandes.

## **METODOLOGIA**

Revisão bibliográfica baseada na leitura de artigos científicos de línguas portuguesa, inglesa e espanhola encontrados na base de dados PubMed, MDPI, Europe PMC e jornal Modern pathology no período de 2018-2022. A pesquisa utilizou como palavras-chaves: "linfoma anaplásico de células grandes", "implante mamário", "prognóstico", "tratamento", "fisiopatologia". Foram consultados 20 artigos por busca manual e destes, foram selecionados 11 artigos.

## **RESULTADOS/ DESENVOLVIMENTO**

Apesar da pouca disponibilidade de dados epidemiológicos a respeito do BIA-ALCL, sabe-se que, em julho de 2019, 573 casos da doença haviam sido registrados<sup>5</sup>. Após a colocação da prótese, por reconstrução ou estética, o BIA-ALCL pode surgir dentro de 1 a 32 anos, sendo mais comum do primeiro ao oitavo ano pós-cirurgia<sup>6</sup>.

Apesar de incomum, deve-se sempre descartar a existência de BIA-ALCL em pacientes que apresentem efusões líquidas não relacionadas a trauma ou infecção próximo ao local da prótese, se a cirurgia tiver sido realizada há mais de um ano<sup>6</sup>.

Nesse caso, o primeiro exame a ser realizado é a ultrassonografia, o qual revelaria inflamação e derrame ao redor da prótese, ou até mesmo uma massa hipoecoica.<sup>7</sup> O ultrassom também pode ser útil para auxiliar a realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF)<sup>7</sup>. O ideal é que seja coletado mais de 50mL de material para avaliação citológica<sup>8</sup>. Dessa forma, podem ser identificadas células polimórficas com núcleo irregular ou com núcleo em forma de ferradura ('marker cells')<sup>7</sup>. Seguindo-se com a suspeita de BIA-ALCL, deve-se avaliar a imuno-histoquímica<sup>7</sup>. Nesses tumores, as células neoplásicas expressam CD30 uniformemente e há negatividade para quinase de linfoma anaplásico (ALK)<sup>8</sup>. A citometria de fluxo também pode ser útil no diagnóstico de BIA-ALCL, utilizando marcadores de superfície de linfócitos<sup>7</sup>.

O diagnóstico inicial e manejo eficiente das pacientes, com a capsulectomia total imediata e a remoção do implante, são importantes para evitar a disseminação da doença<sup>8</sup>. Procedimentos não curativos, como aspiração por agulha fina de efusão, cápsulas parciais, quimioterapia ou radioterapia sem cirurgia completa são testados antes que a terapia definitiva seja realizada, mas estão associados a alto risco de recorrência e progressão da doença em alguns casos<sup>8</sup>. A excisão cirúrgica completa com capsulectomia total e remoção do implante é o melhor para o tratamento de pacientes com BIA-ALCL. Para pacientes com BIA-ALCL avançado, doença recorrente ou casos não responsivos podem incluir no tratamento a quimioterapia, radioterapia ou transplante de células-tronco. Uso de Brentuximab vedotina também têm sido utilizados no tratamento<sup>8</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Dos resultados obtidos até o momento, podemos afirmar que o linfoma anaplásico de células grandes associado a implantes mamários apresenta uma patogênese pouco conhecida, contudo, nota-se uma probabilidade do surgimento do BIA-ALCL no pós-cirúrgico de uma colocação da prótese, especificamente, nos oito primeiros anos. Além disso, é essencial excluir a possibilidade de pacientes com BIA-ALCL com efusões líquidas próximo ao local da prótese e que não tenham relação com algum trauma ou infecção. Por fim, exames como a ultrassonografia e a realização da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) são essenciais para o diagnóstico. Observa-se na imuno-histoquímica, que as células neoplásicas expressam CD30 uniformemente, além de uma ausência de quinase de linfoma anaplásico(ALK) e o uso de marcadores de linfócitos na superfície.

## REFERÊNCIAS

- 1- Qesada AE, Medeiros LJ, Clemens MW, et al. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: a review. *Mod Pathol*. 2019; 32:166–188.
- 2- Marra A, Viale G, Pileri SA, et al. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: A comprehensive review. *Cancer Treatment Reviews*. 2020; 84:101963.
- 3- Martínez-Ramos D, Simón-Monterde L, Suelves-Piqueres C, Queralt-Martí R, Laguna-Sastre M. Anaplastic large cell lymphoma associated with breast implants. Importance for the surgeon [Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios. Importancia para el cirujano]. *Cir Cir*. 2018; 86(5):459-464.
- 4- K Groth A, Graf R. Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL) and the Textured Breast Implant Crisis. *Aesthetic Plast Surg*. 2020; 44(1):1-12.
- 5- Alotaibi S, Hamadani M, Al-Mansour M, Aljurf M. Breast Implant-associated Anaplastic Large Cell Lymphoma. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2021; 21 (3):e272-e276.
- 6- St Cyr TL, Pockaj BA, Northfelt DW, Craig FE, Clemens MW, Mahabir RC. Breast Implant-Associated Anaplastic Large-Cell Lymphoma: Current Understanding and Recommendations for Management. *Plast Surg (Oakv)*. 2020; 28(2):117-126.
- 7 - Wang Y, Zhang Q, Tan Y, et al. Current Progress in Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma. *Front Oncol*. 2022;11:785887.

- 8- Julien LA, Michel RP, Auger M. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma and effusions: A review with emphasis on the role of cytopathology. *Cancer Cytopathol.* 2020; 128(7):440-451.
- 9- Misad SC, Walker BK, Valbuena JR, Guerra SC, Camus AM, Ocqueteau M, Loyola S, Zoroquiain P. Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios diagnosticado mediante punción por aguja fina. Caso clínico [Anaplastic large cell lymphoma associated with breast implants, diagnosed by fine needle aspiration. Report of one case]. *Rev Med Chil.* 2020; 148(8):1207-1212.
- 10- Tripodi D, Amabile MI, Varanese M, D'Andrea V, Sorrenti S, Cannistrà C. Large cell anaplastic lymphoma associated with breast implant: a rare case report presentation and discussion of possible management. *Gland Surg.* 2021;10(6):2076-2080.
- 11- Cuomo R. The State of the Art about Etiopathogenetic Models on Breast Implant Associated–Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL): A Narrative Review. *J. Clin. Med.* 2021; 10(10):2082.

## **NOVIDADES NA ESTIPULAÇÃO DE PROGNÓSTICO BASEADO EM ACHADOS RADIOLÓGICOS - REVISÃO NARRATIVA**

Robert Reis Skyllis<sup>1</sup>, Rubén Darío Soares Núñez<sup>1</sup>, Isabela Hobeika Hatem<sup>1</sup>, Isadora de Campos Cassemiro<sup>1</sup>, Wagner Hutterer<sup>2</sup>

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

2- Preceptor Adjunto da Liga de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, UNIMES.

e-mail do autor: [robertskyllis@gmail.com](mailto:robertskyllis@gmail.com)

**Palavras-chave:** carcinoma renal de células claras, prognóstico, metástases, radiologia

### **1- Introdução**

O carcinoma renal de

células claras (CCRC)

constitui mais de 90% de todos os casos de câncer renal. Este é um tumor renal que, devido à alta vascularização, é caracterizado por metástases, principalmente em locais atípicos, que também pode ser confundida com um trombo em exames de imagem.<sup>[1,2]</sup> Apesar do pulmão ser o alvo mais comum, representando 50% dos casos metastáticos, outros alvos atípicos são encontrados como: glândulas salivares, coração, esôfago, palato duro, retina e ossos.<sup>[1,3]</sup> A natureza desse tumor causa imprevisibilidade da evolução clínica e por isso cria-se uma necessidade de acompanhamento médico minucioso, assim como frequentes exames radiológicos, pois mesmo após anos da excisão do tumor primário o câncer pode voltar a metastatizar.<sup>[1]</sup> Neste trabalho, trataremos sobre a utilidade da tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e outros exames como análises de texturas e tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT) para prever o prognóstico dos pacientes com carcinoma renal de células claras.

## 2- Objetivos e Métodos

Revisar na atual literatura as repercussões radiológicas no acompanhamento de carcinoma renal de células claras e suas eventuais metástases em diversos órgãos e tecidos, de modo a contribuir com o raciocínio diagnóstico. Para tal, foi realizada busca na base de dados MedLine (via PubMed), utilizando os seguintes descritores em saúde: "Clear cell renal carcinoma", "Neoplasm Metastasis" e "Radiology", segundo o Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Foram encontrados 9 artigos e destes utilizados 8 artigos. Os critérios de inclusão foram: estudos que relacionem radiologia com metástases em pacientes com carcinoma renal de células claras e com data de publicação de até 5 anos atrás (2017). Os critérios de exclusão foram: fuga do tema e estudos sem ênfase radiológica.

## 3- Discussão

Apesar da necessidade de estudos prospectivos, o uso de radiofármacos, combinado com tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT),



indica um importante exame em potencial para prognóstico, tendo em vista o alto potencial de análise metabólica de Warburg.<sup>[4]</sup> Da mesma maneira, estudos promissores com o uso de tecnologias computacionais, envolvendo distorção e entropia radiológica, conhecida como técnica de análise de texturas, também mostraram grande importância em potencial no prognóstico de pacientes.<sup>[5]</sup> Sendo que a distorção está relacionada com avaliação da simetria, apresenta-se como índice igual a zero e a falta de brilho em casos de normalidade ou simetria, enquanto a distorção positiva e a presença de textura brilhante estão associadas a hipervascularização e neoangiogênese.<sup>[5]</sup> Já a entropia se refere a randomização e baixa qualidade da imagem estudada. Uma alta entropia significa alta heterogeneidade tumoral que implica pior prognóstico. A alta entropia também pode indicar hipóxia crônica dos tecidos, implicando na progressão do câncer.<sup>[5]</sup>

Em relação a detecção das metástases do CCRC, muitos estudos indicam a RM como eficiente e principal exame para mensuração das dimensões e morfologia de tumores, que se mostram heterogêneos tanto na RM quanto na TC.<sup>[1,2,6]</sup> Além disso, vale ressaltar que a RM é o principal método de imagem para distinguir metástases em tecidos moles de sarcomas primários ou outras patologias.<sup>[7]</sup>

Apesar de todas as vantagens, ainda existem limitações para o pleno uso das técnicas citadas, que levam a fatores de confusão no diagnóstico diferencial da patologia em si. A título de exemplo, as metástases de CCRC podem ser facilmente confundidas com trombos, devido à alta vascularização com apresentação hipodensa na TC, demonstrando possíveis reveses aos exames de imagem.<sup>[8]</sup>

Por fim, mesmo com a existência de várias tecnologias, como as citadas, as quais facilitam o diagnóstico, assim como o prognóstico, diversas condutas ainda persistem em aplicar inúmeros exames de forma não uniformizada em casos de metástase de CCRC, diminuindo a agilidade clínica e aumentando a angústia de pacientes.<sup>[8]</sup>

#### **4- Conclusão**

Tendo em vista os cânceres renais, o carcinoma renal de células claras encontra-se epidemiologicamente mais presente na população, além disso as metástases desse tumor se dão em locais atípicos, logo é de extrema importância o uso de exames de imagens para se estabelecer o diagnóstico, estadiamento e planejamento terapêutico.

Diante disso, o PET-CT indica ser o possível principal exame de imagem utilizado para o prognóstico do carcinoma, contudo a análise de textura por TC pode ser uma ferramenta promissora. Ademais, não se pode abrir mão de outros métodos de imagens como a TC e RM, que são de alto valor para detecção de metástases. Sendo a RM a mais indicada devido à alta vascularização tumoral e para melhor mensurar as dimensões e morfologia.

## 5- Referências

1. Kozak O, Turzyński P, Markiet K, et al. Uncharacteristic metastasis of a renal clear-cell carcinoma to the muscles of the forearm—case report. *BJR | case reports*. 2017;3(3):20150495.
2. Valerio E, Goes A, Andozia M, et al. Metastatic clear cell renal carcinoma to the auricular region disguised as a vascular thrombus: Case report. *Diagn Cytopathol*. 2019;47(4):325–9.
3. Essadi I, Lalya I, Kriet M, et al. Successful management of retinal metastasis from renal cancer with everolimus in a monophthalmic patient: a case report. *J Med Case Rep*. 2017;11(1):340.
4. Tabei T, Nakaigawa N, Kaneta T, et al. Early assessment with 18 F-2-fluoro-2-deoxyglucose positron emission tomography/computed tomography to predict short-term outcome in clear cell renal carcinoma treated with nivolumab. *BMC Cancer*. 2019;19(1):3–9.
5. Khene ZE, Kokorian R, Mathieu R, et al. Metastatic clear cell renal cell carcinoma: computed tomography texture analysis as predictive biomarkers of survival in patients treated with nivolumab. *Int J Clin Oncol [Internet]*. 2021;26(11):2087–93.
6. Costa DA, De Almeida SB, Barata PC, et al. Pazopanib-induced cutaneous leukocytoclastic vasculitis: An exclusion diagnosis of a multidisciplinary approach. *Case Rep Oncol*. 2017;10(3):1041–9.

7. Angelini A, Eldesouqi A, Belluzzi E, et al. Metastatic Lesion From Clear-cell Renal Carcinoma After 40 Years and a Review of the Literature. Clin Genitourin Cancer [Internet]. 2019;17(2):e372–6.
8. Beltran E, Garcia-Robledo JE, Rodríguez-Rojas LX, et al. Clear cell renal carcinoma synchronous with dedifferentiated liposarcoma: A case report and review of the literature. J Med Case Rep. 2020;14(1):1–6.

## **NÚMERO DE CASOS DE DOENÇAS QUE ACOMETEM A POPULAÇÃO LOCALIZADA PRÓXIMO AO RIO POUCA SAÚDE: ASSOCIAÇÃO INTOXICAÇÃO POR METAL PESADO E INSUFICIÊNCIA RENAL**

Isadora Dicher Reimão Curraladas<sup>1</sup>, Maria Luiza Ventura Samia<sup>2</sup>, Edgar Maquigussa<sup>3</sup>, Mirian Aparecida Boim<sup>3</sup>, Elizabeth B. Oliveira Sales<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Aluna do 5º ano de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

<sup>2</sup>Mestranda da Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos.

<sup>3</sup>Profa. Adjunto do Curso de Medicina e da Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos.

**E-mail:** [reimaoisadora@gmail.com](mailto:reimaoisadora@gmail.com)

## **Introdução**

O sistema estuarino santista recebe aporte de sedimentos devido a forte irrigação provocada pelas bacias hidrográficas do entorno, além de receber poluição oriunda de efluentes industriais, terminais portuários e aterros sanitários. Ademais, sabe-se que o Porto de Santos é o maior complexo portuário da América Latina, logo a demasiada atividade portuária do local contribui para a toxicidade da água do local.<sup>1</sup> O rio Pouca Saúde se comunica com a margem direita do Estuário do Porto de Santos, no bairro Porto em Guarujá, que possui ao longo do curso palafitas e indústrias.<sup>2</sup> Estudos prévios do nosso grupo de pesquisa demonstraram que o Níquel e o Zinco apresentaram valores acima do limiar exigido pela resolução vigente nas amostras de sedimentos do Rio Pouca Saúde. O níquel é um metal carcinogênico e nefrotóxico cuja atividade leva ao comprometimento renal.<sup>3</sup> Elevadas concentrações de Zinco podem causar redução do fluxo sanguíneo renal e da função renal por estresse oxidativo.<sup>4</sup> Logo, nossa hipótese é que os sedimentos contaminados no Rio Pouca Saúde podem ser prejudiciais à saúde humana.

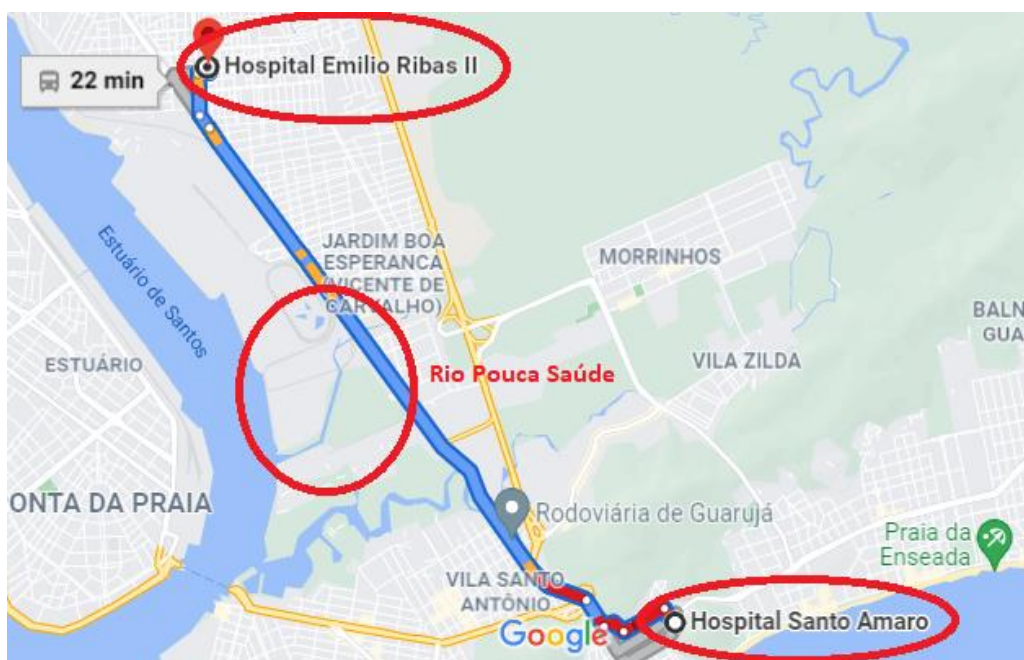
## **Objetivo**

Analisar o número de casos das doenças relacionadas com a intoxicação aguda e crônica pelos metais pesados Zinco e Níquel que acometem a população que reside próximo ao Rio Pouca Saúde.

## **Metodologia**

Foi realizado um estudo de aspecto observacional e analítico, por meio de uma pesquisa no banco de dados do Estado de São Paulo do Departamento de Informática do SUS, utilizando o software TABWIN. Foram extraídos os dados do Hospital Santo Amaro e do Instituto de Infectologia Emílio Ribas da Baixada Santista (Figura 1), localizados próximos ao Rio Pouca Saúde. Foram analisados os Códigos Internacionais de Doenças (CID10), com base nas doenças mais relacionadas com a intoxicação aguda e crônica pelos metais pesados níquel e zinco (intoxicação renal aguda e crônica, neoplasia maligna do estômago, cavidade nasal e ouvido médio, seios da face, laringe, brônquios e pulmões, mama, ovário,

próstata, rim, pelve renal, ureteres, encéfalo, melanoma maligno pele, doença de parkinson e alzheimer, sinusite aguda e crônica, bronquite crônica, asma, dermatite contato, anemias nutricionais, aplásticas e hemolíticas) de janeiro a dezembro de 2006 a 2021, incluindo os moradores do sexo feminino e masculino com idade superior a 20 anos. Com o propósito de possibilitar uma análise comparativa, foram obtidos os dados de hospitais similares em número de atendimento dos municípios de Santos (Santa Casa de Saúde Santos), Praia Grande (Hospital Irmã Dulce) e São Vicente (Hospital Municipal de São Vicente). Assim, tornou-se possível uma base de dados controle com o intuito de isolar o fator contato com o Rio Pouca Saúde.

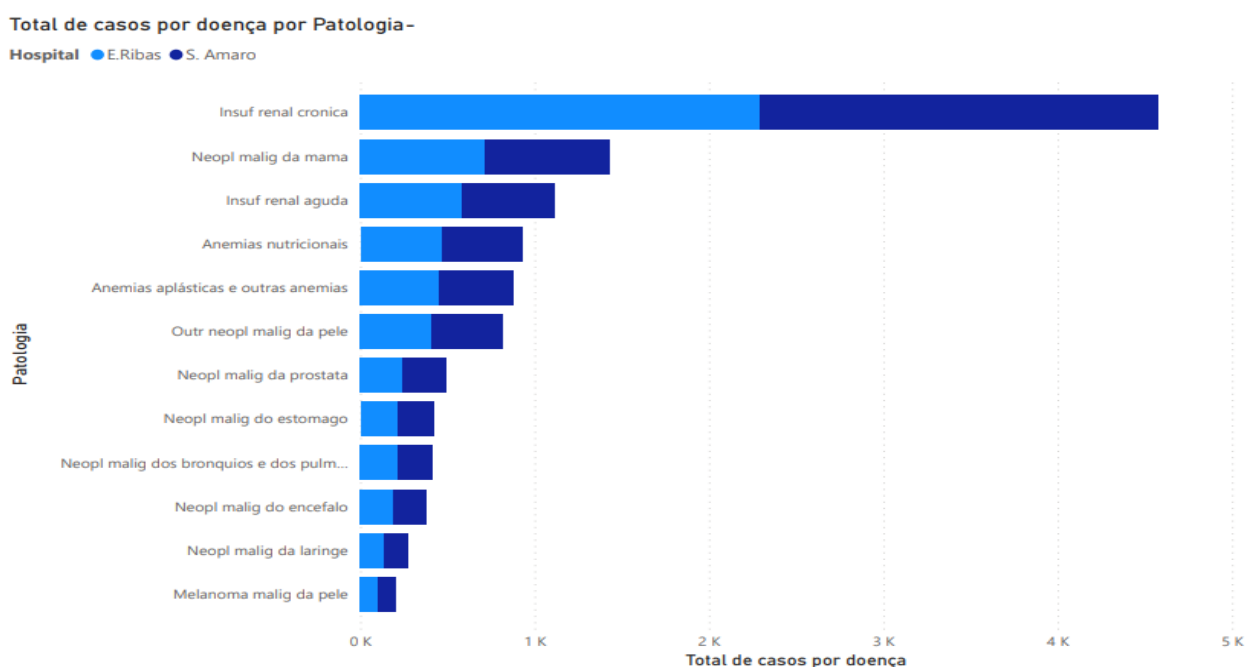


**Figura 1 - Localização do Hospital Santo Amaro e do Instituto de Infectologia Emilio Ribas**  
(Fonte: Google Maps)

### Desenvolvimento/Resultados:

Nossos resultados demonstraram que a principal doença relacionada com a intoxicação pelos metais tóxicos Níquel e Zinco foi a insuficiência renal crônica tanto no Hospital Santo Amaro (2281 casos) como o Emílio Ribas (2292 casos), em Guarujá, próximo ao Rio Pouca Saúde. Seguido de neoplasias maligna da mama (714 casos) e insuficiência renal aguda (588 casos). Além disso, foi observada uma

proporção equivalente no número de atendimentos das doenças selecionadas entre os Hospitais Santo Amaro e Emílio Ribas (Figura 2). Portanto, o Hospital Santo Amaro por possuir uma maior infraestrutura foi selecionado como representante da cidade do Guarujá para comparar com os demais hospitais das outras cidades da Baixada Santista.



**Figura 2 - Número de casos das doenças relacionadas com a intoxicação aguda e crônica por Níquel e Zinco entre os residentes do sexo feminino e masculino acima de 20 anos dos Hospitais Santo Amaro e Emílio Ribas durante 2006 a 2021.**

Ao comparar essas porcentagens de número de casos de insuficiência renal crônica do Hospital Santo Amaro com os demais hospitais do mesmo porte da Baixada Santista, também foi observado um aumento expressivo dessa doença. Hospital Santo Amaro (36,8%), Hospital Santa Casa de Santos (28,0%), Hospital Irmã Dulce (28,0%) e Hospital Municipal de São Vicente (32,4%). Sendo que no Hospital Santo Amaro a porcentagem foi a maior observada. As neoplasias também apresentaram uma porcentagem elevada nos demais hospitais analisados, entretanto, a neoplasia maligna de mama foi a segunda doença mais expressiva no Hospital Santo Amaro (11,5%), sendo Hospital Santa Casa de Santos



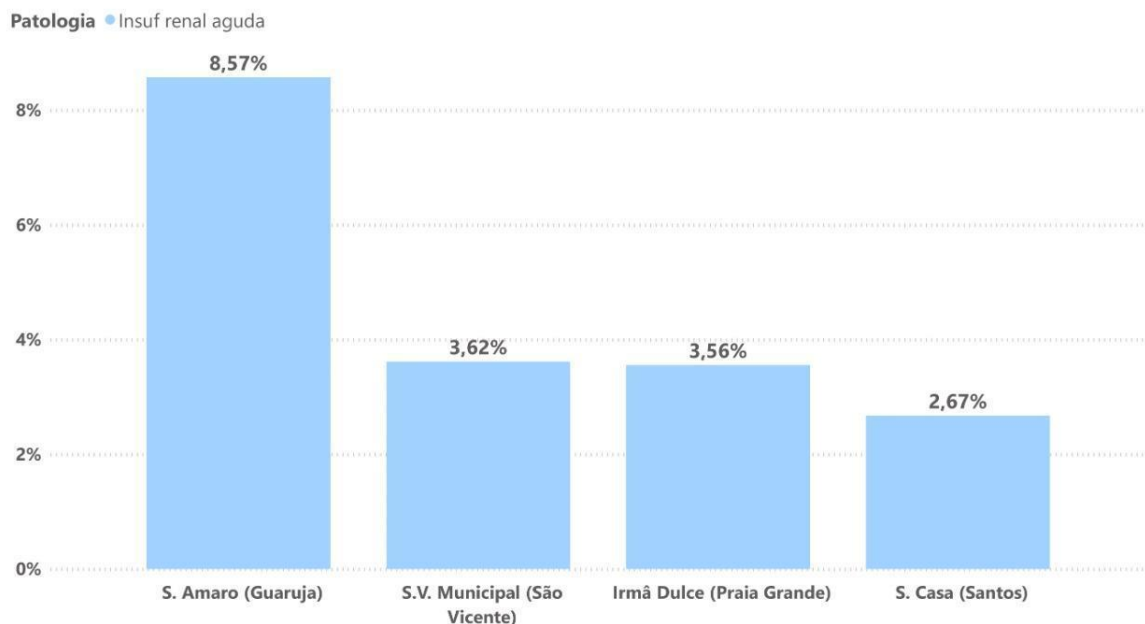
(8,5%), Hospital Irmã Dulce  
São Vicente (5,7%) (Tabela 1).

(7,0%) e Hospital Municipal de

**Tabela 1 – Porcentagem do número de casos das doenças relacionadas com a  
intoxicação aguda e crônica pelos metais tóxicos Níquel e Zinco entre os  
residentes do sexo feminino e masculino acima de 20 anos dos Hospitais Santo  
Amaro, Santa Casa de Santos, Irmã Dulce e Municipal de São Vicente durante  
2006 a 2021.**

	Hospital Santo Amaro	Hospital Santa Casa de Santos	Hospital Irmã Dulce	Hospital Municipal de São Vicente
<i>Insuficiência renal crônica</i>	36,8%	28,0%	28,0%	32,4%
<i>Neoplasia Maligna de Mama</i>	11,53%	8,50%	7,07%	13,52%
<i>Insuficiência renal aguda</i>	8,57%	2,67%	3,56%	6,73%
<i>Anemias nutricionais</i>	7,49%	1,68%	3,92%	5,22%
<i>Anemias aplásticas e outras anemias</i>	6,91%	1,94%	1,91%	6,73%
<i>Outras neoplasias malignas da pele</i>	6,55%	4,00%	4,44%	3,53%
<i>Neoplasia maligna da próstata</i>	3,99%	4,27%	4,07%	3,59%
<i>Neoplasia maligna do estômago</i>	3,39%	6,61%	6,06%	4,92%
<i>Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões</i>	3,24%	19,73%	16,02%	13,52%
<i>Neoplasia maligna do encéfalo</i>	3,03%	5,47%	6,66%	5,37%
<i>Neoplasia maligna da laringe</i>	2,23%	7,77%	6,99%	5,94%
<i>Neoplasia do seio da face</i>	0,18%	0,33%	0,28%	0,22%
<i>Neoplasia da cavidade nasal e do ouvido médio</i>	0,21%	0,09%	0,07%	0,07%
<i>Melanoma maligno da pele</i>	1,66%	0,92%	1,04%	0,82%
<i>Neoplasia maligna do ovário</i>	1,57%	4,00%	3,47%	2,76%
<i>Anemias hemolíticas</i>	0,89%	0,40%	1,04%	0,82%
<i>Neoplasia maligna do rim</i>	0,03%	1,50%	1,33%	1,04%
<i>Neoplasia maligna pelve renal</i>	0,05%	0,19%	0,25%	0,20%
<i>Neoplasia maligna dos ureteres</i>	0,02%	0,03%	0,02%	0,02%
<i>Asma</i>	0,60%	0,61%	0,63%	1,34%
<i>Doença Parkinson</i>	0,03%	0,01%	0,01%	0,02%
<i>Doença Alzheimer</i>	0,05%	0,07%	0,49%	0,87%
<i>Dermatite contato não especificada</i>	0%	0%	0%	0,01%
<i>Dermatite alérgica de contato</i>	0,02%	0%	0%	0,01%
<i>Bronquite crônica</i>	0,77%	0,13%	0,14%	0,46%
<i>Sinusite aguda</i>	0,02%	0,12%	0,12%	0,09%
<i>Sinusite crônica</i>	0,06%	0,35%	0,29%	0,25%

Além disso, ao comparar as porcentagens das doenças entre os hospitais, observou-se uma diferença mais expressiva na insuficiência renal aguda, uma vez que no Hospital Santo Amaro a porcentagem foi de 8,57% e no Hospital Irmã Dulce, Santa Casa de Santos e Hospital Municipal de São Vicente foi, respectivamente, 3,56%, 2,67% e 3,62% (Figura 3).



**Figura 3 - Porcentagem do número de casos de Insuficiência Renal Aguda em relação ao total dos casos das doenças pré-selecionadas entre os residentes do sexo feminino e masculino acima de 20 anos dos Hospitais Santo Amaro, Santa Casa de Santos, Irmã Dulce e Municipal de São Vicente de 2006 a 2021.**

**Conclusão:** Nossos resultados demonstraram que a principal doença relacionada com a intoxicação aguda e crônica pelos metais tóxicos Níquel e Zinco foi a insuficiência renal crônica no Hospital Santo Amaro, em Guarujá, próximo ao Rio Pouca Saúde, seguido de neoplasia maligna da mama e insuficiência renal aguda. Ao comparar os dados desse hospital com os dos hospitais dos outros municípios da Baixada Santista, podemos afirmar que a insuficiência renal aguda é a que possui maior incidência. Não podemos afirmar se essas doenças se relacionam somente com a contaminação de metais tóxicos na região, entretanto, podem estar relacionadas favorecendo o aparecimento dessas doenças. Após analisar os dados obtidos na pesquisa, pretende-se propor o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde na região ribeirinha.

#### Referências:

1. Miller TTM, Freitas JCH, Silva MCM. Dragagem: a necessidade de um novo modelo. SOPESP. 2017 Jan 01:1-18.
2. Histórias e lendas do Guarujá - Rio Pouca Saúde. ([www.novomilenio.info.br/guaruja/gh019i.htm](http://www.novomilenio.info.br/guaruja/gh019i.htm)).
3. Yanagisawa H, Miyazaki T, Nodera M, et al. Zinc-Excess Intake Causes the Deterioration of Renal Function Accompanied by an Elevation in Systemic Blood Pressure Primarily Through Superoxide Radical-Induced Oxidative Stress. International Journal of Toxicology. 2014;33(4):288-296. doi:10.1177/1091581814532958
4. Kadi, I.-E., & Dahdouh, F. (2016). Vitamin C pretreatment protects from nickel-induced acute nephrotoxicity in mice. Archives of Industrial Hygiene and Toxicology, 67(3), 210–215. doi:10.1515/aiht-2016-67-2753

**Palavras-chave:** Atividade portuária. Níquel. Zinco. Insuficiência renal crônica. Insuficiência renal aguda.

**Auxílio Financeiro:** bolsa de treinamento técnico (TT-1); processo FAPESP: 2020/12760-3 e auxílio regular Processo FAPESP: 2019/25695-8

## O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA – REVISÃO DE LITERATURA

Giusti, PFGS<sup>1</sup>; Albero, BAS<sup>1</sup>; Paula, BMR<sup>1</sup>; Martins, LCP<sup>1</sup>; Tavares, IL<sup>1</sup>; Moutinho MSP<sup>2</sup>.

1 Acadêmica da Faculdade 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

A pandemia de COVID-19, causada pelo novo coronavírus, também conhecido como síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (SARS-CoV-2), sobrecarregou serviços de saúde, ocasionando sua reorganização, realocação de trabalhadores de saúde e redução da quantidade de leitos disponíveis<sup>1</sup>. Esses fatores, somados ao receio de infectar-se pelo novo coronavírus e à necessidade de distanciamento social, repercutiram no diagnóstico e tratamento de neoplasias malignas<sup>2</sup>.

É amplamente conhecida a importância de programas de rastreamento no diagnóstico precoce de câncer de mama, o qual possibilita redução de mortalidade e morbidade<sup>3</sup>. Contudo, em março de 2020, frente à pandemia e suas consequências, como a necessidade de recursos hospitalares para pacientes infectados pelo vírus e escassez de equipamentos de proteção individual, novas estratégias foram adotadas no cuidado ao paciente oncológico, desde adiamento de realização de exames não urgentes ao uso da telemedicina<sup>4</sup>.

### Objetivo

Verificar o impacto da pandemia de COVID-19 acerca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

### Método

O presente estudo apresenta uma revisão de literatura que permite sintetizar conhecimentos relacionados ao tema escolhido através da definição da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados com posterior análise, discussão dos resultados e apresentação da revisão.

Baseando-se na questão norteadora 'qual o impacto da pandemia de COVID-19 no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de mama?', foi realizada busca nas bases de dados PubMed e Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados entre 2020 e 2021 em língua inglesa com objeto de estudo principal relacionado ao impacto da pandemia de COVID-19 ao diagnóstico e tratamento de câncer de mama. Foram excluídos artigos indisponíveis na íntegra, com fuga do objeto de estudo e artigos duplicados.

### **Discussão**

A disseminação alarmante dos casos de COVID-19 fez com que um novo panorama se formasse internacionalmente, no qual sociedades médicas passaram a recomendar condutas visando preservar recursos como ventiladores e leitos hospitalares, além de evitar a exposição de pacientes a esse vírus potencialmente fatal<sup>5,6</sup>. Em março de 2020, a Agência Nacional de Saúde (ANS) propôs adiamento de cirurgias, exames e consultas não urgentes<sup>7</sup>.

Com a postergação de exames de rastreamento, foi constatada a queda no número de mamografias realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2020, abrangendo apenas 5,33% das mulheres entre 50 e 69 anos<sup>7</sup>. Em comparação com o ano de 2019, houve queda de 5,52%, 6,74%, 76,03%, 82,41% e 73,41% no número de mamografias realizadas pelo SUS nos meses de fevereiro, março, abril, maio e junho respectivamente<sup>7</sup>. Os estados em que houve maior queda na quantidade de mamografias foram Rondônia e Mato Grosso do Sul<sup>7</sup>.

Dentre as possíveis consequências desse fenômeno, destacam-se a detecção de cânceres de mama em estados mais avançados, culminando em um aumento de morbidade, custos e até mesmo mortalidade, como apontado por um estudo canadense, país no qual a estratégia de adiar exames de rastreamento também foi adotada<sup>8</sup>.



Nesse cenário pandêmico, a telemedicina foi impulsionada, ferramenta útil no acompanhamento e rastreamento do câncer de mama, como constatado em um estudo realizado no hospital AC Camargo<sup>9</sup>. Ressalta-se aqui a importância de uma pré-triagem antes da consulta por telemedicina, buscando indicá-la para pacientes com certos requisitos, como acesso à internet e ausência de exames com BI-RADS 4, 5 ou 6<sup>9</sup>.

A existência da pandemia impactou também a conduta no câncer de mama<sup>5</sup>. A American Society of Breast Surgeons passou a recomendar, nos casos de câncer de mama com receptor de estrógeno positivo em estágio inicial, o adiamento do procedimento cirúrgico por curto prazo<sup>5</sup>. Com isso, um estudo norte-americano constatou maior utilização da terapia endócrina neoadjuvante (TEN) como tratamento inicial<sup>5</sup>. Como a TEN é capaz de reduzir a proliferação das células neoplásicas, passou a ser vista como uma ponte para a cirurgia<sup>6</sup>. O acompanhamento das pacientes que realizaram esse tratamento possibilitará constatar os riscos e benefícios da TEN e até mesmo definir se continuará sendo indicada após a pandemia<sup>6</sup>.

### **Conclusão**

A pandemia de COVID-19 trouxe um novo cenário mundial, no qual foi necessário levar em consideração os riscos de exposição ao vírus frente aos benefícios de condutas médicas. Isso impactou o rastreamento do câncer de mama, diminuindo o número de mamografias realizadas pelo SUS, possivelmente resultando em futuros diagnósticos de câncer em fases mais avançadas.

A telemedicina se mostrou uma grande aliada ao sistema de saúde, possibilitando atendimentos remotos. Além disso, a maior utilização da terapia endócrina neoadjuvante durante a pandemia proporcionará novos conhecimentos acerca desse tratamento.

### **Bibliografia**

1 Gasparri ML, Gentilini OD, Lueftner D, Kuehn T, Kaidar-Person O, Poortmans P. Changes in breast cancer management during the Corona Virus Disease 19 pandemic: An international survey of the European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists (EUBREAST). *Breast*. 2020;52:110–115.

- 2 Sonagli M, Neto RC, Leite FPM, Makdissi FBA. The use of telemedicine to maintain breast cancer follow-up and surveillance during the COVID-19 pandemic. *J Surg Oncol.* 2021;123:371–374.
- 3 Breast Screening Working Group (WG2) of the Covid-19 and Cancer Global Modelling Consortium, Figueroa JD, Gray E, Pashayan N, Deandrea S, Karch A, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer early detection and screening. *Prev Med.* 2021;151:106585.
- 4 Freer PE. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Breast Imaging. *Radiol Clin North Am.* 2021 Jan;59(1):1-11.
- 5 Park KU, Gregory M, Bazan J, Lustberg M, Rosenberg S, Blinder V. Neoadjuvant endocrine therapy use in early stage breast cancer during the covid-19 pandemic. *Breast Cancer Res Treat.* 2021 Mar 2:1–10.
- 6 Thompson CK, Lee MK, Baker JL, Attai DJ, DiNome ML. Taking a Second Look at Neoadjuvant Endocrine Therapy for the Treatment of Early Stage Estrogen Receptor Positive Breast Cancer During the COVID-19 Outbreak. *Ann Surg.* 2020 Aug; 272(2): e96–e97.
- 7 Bessa JF. Breast imaging hindered during covid-19 pandemic, in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2021;55(nº):8.
- 8 Yong JHE, Mainprize JG, Yaffe MJ, Ruan Y, Poirier AE, Coldman A, et al. The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *J Med Screen.* 2021 Jun; 28(2): 100–107.
- 9 Sonagli M, Neto RC, Leite FPM, FBA. The use of telemedicine to maintain breast cancer follow-up and surveillance during the COVID-19 pandemic. *J Surg Oncol.* 2021 Feb;123(2):371-374.

Palavras-chave: COVID-19; Câncer de mama; Diagnóstico; Tratamento.

## O PAPEL DA VACINA PNEUMOCÓCICA EM DIABÉTICOS: REVISÃO DE LITERATURA

Paulo Peixoto do Nascimento<sup>1</sup>, Thainá Louise Rodrigues<sup>1</sup>, Fernanda Gonçalves de Carvalho<sup>1</sup>, Larissa Garrigos Saturnino<sup>1</sup>, Isabela Lago Tavares<sup>1</sup>, Marcela Alexandra Osorio Franco<sup>1</sup>, Maria Clara Cristino Messember<sup>1</sup>, Paulo Maccagnan<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Acadêmicos de Medicina e <sup>2</sup>Professor titular de Endocrinologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

e-mail: [paulo.peixotonascimento@gmail.com](mailto:paulo.peixotonascimento@gmail.com)

### **Introdução:**

A pneumonia pneumocócica é importante causa de morbimortalidade entre adultos, sugerindo a necessidade de estratégias de prevenção.<sup>1</sup> A Diabetes Mellitus (DM) associa-se a um maior risco de infecção<sup>2</sup>, sendo que, às infecções que envolvem o trato respiratório têm maior gravidade quando causadas pelo pneumococo – por isso a recomendação para a vacinação contra *S. pneumoniae* e influenza.<sup>3</sup> Assim sendo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Doença Invasiva Pneumocócica (DIP) é a principal causa de morte prevenível pela vacinação. Atualmente, a cobertura da vacinação nos diabéticos é baixa, tornando-se essencial o delineamento de estratégias que visem a imunização mais abrangente desta população.<sup>2</sup>

### **Objetivos:**

Revisar e analisar na literatura a relação e a importância da vacina pneumocócica em portadores de DM.

### **Metodologia:**

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Trata-se de uma Revisão Bibliográfica a partir das bases de dados: Pubmed/MedLine, Scielo e Science Direct, utilizando os principais estudos publicados sobre Vacinação Pneumocócica em Diabéticos. A busca foi realizada de outubro a dezembro de 2021, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs/Bireme):

"Vacinação", "Diabetes Mellitus", "Vacina Pneumocócica" e "Pneumonia Pneumocócica". A busca envolveu artigos na língua inglesa publicados em 2017 a 2021, utilizando relatos de casos, ensaios clínicos, artigos de revisão e metanálises. Foram excluídos artigos sem dados ou com dados insuficientes, bem como, artigos com foco na população pediátrica e estudos em animais. Os dados foram extraídos por dois autores independentes após leitura na íntegra dos estudos selecionados.

### **Resultados/Desenvolvimento:**

Segundo Marques S.C. et al. (2016), a DIP pode ser prevenida pela vacinação e tem como principal morbimortalidade a DM. Logo, recomenda-se a vacina pneumocócica, tanto com Vacina Pneumocócica Conjugada 13-valente (VCP13), quanto com Vacina Pneumocócica Polissacarídica 23-valente (VPP23), em adultos com fatores de risco para DIP, incluindo pacientes com DM tratados farmacologicamente.<sup>3</sup> Sendo assim, o DM torna-se um importante fator de risco frente à DIP.<sup>2</sup>

Suaya, A, J. et al, em seu estudo incluiu 84.496 adultos, destes 41,385 (49,2%) possuíam risco de condições médicas crônicas, estes correspondem a 82,7% dos 139 participantes com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) por sorotipo de vacina. Em contrapartida, a efetividade da VCP13 ao primeiro episódio de PAC por sorotipo de vacina foi de 40,3% (IC 95,2%: 11,4%, 60,2%).<sup>4</sup>

Huijts, S.M. et al analisou 139 indivíduos com PAC por sorotipo de vacina. Os diabéticos apresentaram maior efetividade da vacina 89,5% (IC 95%, 65,5-96,8) em detrimento dos indivíduos sem diabetes em que a eficácia da vacina foi de 24,7% (IC 95%, -10,4 a 48,7).<sup>5</sup>

Thewijtcharoen Y. et al, revisou 2.114 prontuários por um período de 9 anos. A taxa de vacinação foi de 39,6% para influenza e 17,4% para vacina pneumocócica e 13,7% para ambas as vacinas. Nos diabéticos a taxa variou de 0 a 44%. Os grupos associados a ambas as vacinas aplicadas foram: idade  $\geq$  65 anos, duração do DM  $\geq$  15 anos, presença de doença respiratória crônica e escore de Charlson Comorbidity Index (CCI) moderado a grave.<sup>6</sup>

Segundo Siriwardena, A.N et al. a intenção de tomar a vacinação pneumocócica foi significativamente maior em pacientes de alto risco em comparação com aqueles que não estavam em um grupo de risco.<sup>7</sup>

No estudo conduzido por Monteiro, C. N. et al, foram entrevistadas 3.357, 3.271 e 4.043 pessoas em 2003, 2008 e 2015, respectivamente. A prevalência de diabetes mellitus foi de 5,0% (2003), 6,4% (2008) e 7,7% (2015). Foi observado que menos da metade dos pacientes com diabetes se vacinou contra a gripe (47,2%) e pneumonia (17,9%) em 2003.<sup>8</sup>

Rocha, J. L. L et al avaliou os aspectos relevantes da interface entre Diabetes Mellitus e infecção. Foi observado que infecções comuns envolvendo o trato respiratório não têm comprovadamente maior gravidade em pacientes com DM, exceção feita ao pneumococo.<sup>2</sup>

Um estudo transversal conduzido por Michelin, L. et al avaliou a mortalidade da pneumonia pneumocócica em adultos. Foram selecionados 186 pacientes. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 18% para adultos com menos de 65 anos e de 23% para os idosos com mais de 65 anos. A pneumonia pneumocócica bacterêmica acometeu 20% dos pacientes em ambos os grupos, principalmente por doença respiratória crônica (OR ajustada: 3,07; IC95%: 1,23-7,65;  $p < 0,01$ ), mostrando uma maior taxa de mortalidade no grupo de pacientes acima de 65 anos.<sup>1</sup>

### **Conclusão:**

São muitas as comprovações do benefício da vacinação pneumocócica na população com DM, além das orientações para tal ato, entretanto, infelizmente, essa prática mantém-se reduzida atualmente. Outrossim, o risco acrescido de incidência e mortalidade por DIP nos doentes com DM constitui a base para o potencial benefício da utilização de vacinas, com o objetivo de prevenir a infecção por *S. pneumoniae*.

## Referencias:

1. Michelin L, Weber FM, Scolari BW, et al. Mortalidade e custos da pneumonia pneumocócica em adultos: um estudo transversal. J.Bras.Pneumol. 2019; 45(6).
2. Rocha JLL, Baggio HCC, Cunha CA, et al. Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. Arq.Bras.Endocrinol Metab. 2002; 46(3): 1-9.
3. Marques SC, Maia A, Veloso L. A importância da vacinação dos adultos com diabetes tipo 2 na prevenção da doença invasiva pneumocócica. Rev Port Endoc, Diab e Metab. 2016; 11(1): 60-68.
4. Suaya JÁ, Jiang Q, Scott DA, et al. Análise post hoc da eficácia da vacina pneumocócica conjugada 13-valente contra a pneumonia adquirida na comunidade do tipo vacina em idosos em risco. Vaccine. 2018; 36(11): 1477-1483.
5. Huijts SM, Werkhoven CH, Bolkenbaas M, et al. Análise post-hoc de um ensaio clínico randomizado: Diabetes mellitus modifica a eficácia da vacina pneumocócica conjugada 13-valente em idosos. Vaccine. 2017; 35(34): 4444-4449.
6. Thewjitcharoen Y, Butadej S, Malidaeng A, et al. Trends in influenza and pneumococcal vaccine coverage in Thai patients with type 2 diabetes mellitus 2010-2018: Experience from a tertiary diabetes center in Bangkok. Journal of Clinical. 2020; 20: 100228.
7. Siriwardena AN. Direcionando a vacinação pneumocócica para grupos de alto risco: um estudo de viabilidade em uma clínica geral. Postgraduate Medical Journal. 75:208-212.
8. Monteiro CN, Gianni RJ, Stopa SR, et al. Cobertura vacinal e utilização do SUS para vacinação contra gripe e pneumonia em adultos e idosos com diabetes autorreferida, no município de São Paulo, 2003, 2008 e 2015. Epidemiol.Serv.Saúde. 2018; 21(2).

**Palavras-chave:** Vacinação. Diabetes Mellitus. Vacina Pneumocócica. Pneumonia Pneumocócica.



## RECONSTRUÇÃO IMEDIATA DE PAVILHÃO AURICULAR APÓS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL

**Autores:** Enrico Marques da Silva<sup>1</sup>, Giovanna Nardoza Martinez Reis<sup>1</sup>, Giulia Bertolini Prado<sup>1</sup>, Maithê Sabbagh Berrettari<sup>1</sup>, Tais Almeida Caldas<sup>1</sup>.

**Orientador:** Dr. Felipe Rosas Homem<sup>2</sup>, Eliane Marta Quiñones<sup>3</sup>.

1. Acadêmico(a) de Medicina da UNIMES.
2. Médico Especialista em Cirurgia Plástica.
3. Mestre e Doutora do curso de Medicina da UNIMES.

**Correspondência:** enrico.marques2003@gmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

A amputação traumática do pavilhão auricular tem acarretado sérios problemas estético-funcionais de difícil manejo para o cirurgião plástico<sup>1</sup>, e dependendo da maneira de como for conduzido o primeiro atendimento, haverá grande importância na obtenção do resultado.<sup>2</sup>

Uma amputação traumática aguda de pavilhão auricular pode ser classificada em primeira instância pelo profissional dentro de dois grupos: amputação total ou subtotal/parcial.<sup>3</sup> Tal divisão é traduzida pela presença ou não de um pedículo vascular mantenedor, somado às condições do segmento amputado, coto e tecidos adjacentes, permitindo uma análise adequada para a escolha e seguimento do processo cirúrgico.<sup>4</sup>

Ambos os casos acarretam em uma série de complicações estético-funcionais podendo levar a uma morbidade psicossocial elevada tanto em adultos como crianças, a qual deve ser evitada ao máximo.<sup>5</sup>

A região auricular apresenta características que dificultam o processo cirúrgico, como o desafio de manter a permeabilidade do canal auditivo externo, a presença de uma camada cartilaginosa elástica altamente delicada e um envelope cutâneo delgado. Além de apresentar uma grande rede de vascularização.<sup>2,5,6</sup>

Geralmente, amputações por corte limpo apresentam uma melhor chance de sucesso, todavia, na maioria dos casos, tal feito não é possível devido à grandes danos no tecido auricular e adjacente.<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** Amputação traumática, reconstrução auricular, cirurgião plástico.

## 2. OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo estudar a reconstrução cirúrgica do pavilhão auricular como consequência de um acidente automobilístico que levou a um ferimento lacerocontuso.

## 3. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em 11/02/2022 e após aprovado iniciou a pesquisa (CAAE: 55773722.7.0000.5509).

## 4. RELATO DE CASO

Paciente, masculino, 38 anos, motorista de ônibus, natural e procedente de Campinas. Deu entrada no Hospital da PUC-Campinas, no ano de 2018, trazido pela equipe do corpo de bombeiros após sofrer uma amputação parcial traumática de pavilhão auricular direito por atropelamento de ônibus. No momento da entrada no pronto socorro, o paciente encontrava-se imobilizado em prancha rígida e trajando colar cervical. Ele estava consciente, negando período de inconsciência, referindo apenas dor na região torácica, cervical e em pavilhão auricular direito. A vítima negou comorbidades, uso de medicações contínuas, tabagismo e outros vícios, alergias e queixas envolvendo os demais aparelhos e sistemas. Ao exame físico foi constatado regular estado geral, corado, hidratado, eupneico, acianótico, anictérico, afebril, lúcido e orientado em tempo e espaço. Sat O<sub>2</sub>: 97% FR: 21 irpm, PA: 132x93 mmHG FC: 101 bpm, sem sinais de hemorragia. Nas extremidades havia presença de ferimento lácero contuso resultando na amputação parcial do pavilhão auricular direito, permanecendo apenas um pedículo de cerca de 1 cm de extensão na região do lobo.



Após a realização de todo o protocolo de trauma baseado nas premissas do ATLS, e tendo descartado qualquer outro tipo de afecção, foi optado por levar o paciente para o centro cirúrgico para a realização da reconstrução de orelha. Foi feita a lavagem exaustiva do sítio cirúrgico e foi constatado que apesar do pedículo diminuto, o tecido do pavilhão auricular apresentava sinais de viabilidade. Por isso foi optada a preservação de quase sua totalidade e através de meticulosa sutura por planos todo o pavilhão foi remontado. A antibióticoprofilaxia foi iniciada com ciprofloxacina 500mg (12/12h) e clindamicina 600mg (6/6h) e o paciente foi encaminhado para seguimento ambulatorial.



Durante as consultas de seguimento o paciente apresentou evolução satisfatória, com remissão completa do processo inflamatório, nenhum sinal infeccioso e 100% do pavilhão auricular viável.



## 5. DISCUSSÃO

Os traumas de orelha, geralmente relacionados à situações de risco em algumas ocupações profissionais, acidentes de trânsito e violência, vêm apresentando uma crescente no número de casos nos últimos tempos.<sup>1</sup> Como consequência, soluções eficazes e descomplicadas para reconstrução auricular são buscadas e colocadas em prática.<sup>7</sup>

Para uma evolução satisfatória desses pacientes, o atendimento emergencial e o planejamento pré-operatório, baseado no quadro clínico, são cruciais. No entanto, esses fatores impossibilitam a padronização da abordagem, levando ao surgimento de técnicas diversas e individualizadas que consideram aspectos variados das lesões e que, com base no acometimento da região, as divide em amputações parciais ou totais, permitindo a escolha da terapêutica mais adequada para cada caso.<sup>2</sup>

Em amputações parciais de orelha, a sutura primária é a principal técnica utilizada. Nela, é criada uma rede de anastomoses dos vasos derivados da artéria carótida externa com pedículos teciduais que podem realizar o suprimento sanguíneo de toda a orelha. Por ser um método simples, rápido e de baixo custo é vantajosa. A desvantagem é o pré-requisito da existência de um pedículo cutâneo para o reimplante e, as chances aumentadas de evolução com necrose auricular parcial ou total.<sup>4</sup>

Em de amputação total, recomenda-se o reimplante microcirúrgico da orelha. Porém, a situação da orelha lesada, o tempo de isquemia e o estado dos vasos sanguíneos são fatores que dificultam o procedimento. Com isso, a reconstrução com cartilagem autóloga e a prótese auricular também se tornam alternativas.<sup>4</sup>

No caso relatado, houve uma amputação parcial traumática na qual, pois mesmo com o pedículo reduzido de tamanho, o tecido do pavilhão auricular era viável. Sendo assim, foi optado por preservá-lo quase que totalmente e remontá-lo através de sutura por planos, presenteando o paciente com uma recuperação rápida e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Maluf Jr I, Legnani BC, Kurogi AS, Lopes MAC. Trauma de orelha: revisão da literatura e série de casos. Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 41 - Suplemento 01 – 2012
2. Franco T, Franco, D. Trauma de orelha: quando reconstruir com cartilagem costal. Ver. Bras Cir Craniomaxilofac [Internet]. 2010 [citado em 16 ago. 2021]; 13(3): 143-8. Disponível em: <http://abccmf.org.br/cmef/Revi/2010/dezembro/04-Trauma%20de%20orelha.pdf>
3. Bodanese T, Freitas RS, Itikawa WM, Cruz GAO. Conduta na amputação traumática de orelha. Rev. Arquivos Catarinenses de Medicina [Internet]. 2009 [citado em 16 ago. 2021]; 38(1): 230-232. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/703.pdf>
4. Costa-Ferreira A, Reis J, Rebelo M, Natividade-Silva P, Amarante J. 'Non-microsurgical' ear replantation - Baudet's technique revisited. J Plast Reconstr Aesthet Surg [Internet]. 2007 [citado em 16 ago. 2021]; 60(3): 325-7. Disponível em: [https://www.jprasurg.com/article/S1748-6815\(06\)00347-0/fulltext](https://www.jprasurg.com/article/S1748-6815(06)00347-0/fulltext)
5. Gonçalves MJO. Reconstrução auricular após excisão de tumores cutâneos. Rev. Estudo Geral [Internet]. 2014 [citado em 16 set. 2021]. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/37339/1/Reconstrucao%20auricular.pdf>
6. Stiller MB, Gerressen M, Modabber A, Rübber A, Riediger D, Ghassemi A. Anteriorly pedicled retroauricular flap for repair of auricular defects. Aesthetic Plast Surg [Internet]. 2012 [citado em 16 ago. 2021]; 36(3): 623-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22101987/>
7. Ottat MR. Reconstrução parcial de orelha pós-trauma: técnicas simples e eficazes. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology [Internet]. Fev. 2010 [citado em 16 ago. 2021]; 76(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000100002>



## **POLIFARMÁCIA E O RISCO DE QUEDA EM PACIENTES IDOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Júlia Osmarini Dadalto<sup>1</sup>, Mateus da Silva Tudisco<sup>1</sup>, Ana Paula Otto<sup>1</sup>, Renan Brufatto Tognoli<sup>1</sup>, Bruno Vinicius Aparecido da Silva<sup>1</sup>, Lígia Borges<sup>1</sup>, Dra. Luciana Pricoli Vilela<sup>2</sup>

1 - Acadêmico(a) de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

E-mail para contato: juliaosmariinii@gmail.com

2 - Docente do curso de Medicina e preceptora da Liga de Geriatria do curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

### **INTRODUÇÃO**

A polifarmácia, caracterizada pelo uso concomitante de cinco ou mais medicamentos, é cada vez mais comum nas prescrições da população idosa, em virtude da grande incidência e prevalência de doenças crônicas que requerem tratamentos medicamentosos. O fator de risco mais comum da polifarmácia é o aumento do risco de queda. Esse risco se relaciona tanto com a quantidade de medicamentos quanto com o tipo, que pode ou não isoladamente aumentar o risco de queda.<sup>1</sup>

Uma causa importante de morbimortalidade em idosos é a queda, que pode gerar desde lesões leves a graves, com diminuição da qualidade de vida em decorrência de fraturas ou demais sequelas. O aumento do risco de queda tem fatores intrínsecos e extrínsecos associados. Além da polifarmácia, outros fatores de risco envolvem déficit de equilíbrio e marcha, história prévia de queda, senilidade, sexo feminino, deficiência visual, declínio cognitivo, fatores ambientais e uso de fármacos sedativos e que causam hipotensão postural.<sup>2-7</sup>

Fatores extrínsecos envolvem o uso de calçados, medicamentos e fatores ambientais. Já os intrínsecos tem relação com alterações de funções sensoriais, neuromusculares e cognitivas.<sup>7</sup>

O processo de senilidade relaciona-se com a perda de autonomia e qualidade de vida. É comum que o idoso se torne mais dependente devido a



sequelas de quedas, gerando uma necessidade de adaptação na sua rotina e do cuidador, afim de promover sua recuperação ou adaptação após a queda.<sup>8</sup>

## METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos encontrados nas databases PubMed, Scielo e Lilacs, na língua portuguesa e inglesa, entre os meses 01/2022 e 03/2022 com as seguintes palavras chaves: Polypharmacy; Elderly; Risk of falling;

## OBJETIVO

O objetivo desse artigo foi buscar a relação entre a polifarmácia e o risco de queda em idosos.

## DESENVOLVIMENTO

Com o avanço da idade, há um aumento no número de pacientes com doenças neurodegenerativas, psiquiátricas, cardiovasculares e metabólicas, e essas comorbidades se relacionam com o uso elevado de diferentes medicamentos (Tabela 1).<sup>1,4,5,8</sup>

**Tabela 1:** Principais medicamentos que podem aumentar o risco de queda em idosos.

Medicamentos que podem aumentar o risco de queda
Benzodiazepínicos
Antidepressivos tricíclicos
Antipsicóticos
Anti-hipertensivos
Medicamentos cardiovasculares
Corticoides
Anti-inflamatórios não-esteroidais
Anticolinérgicos
Antidiabéticos

O risco de queda relaciona-se com alterações fisiopatológicas decorrentes da senilidade, uso isolado ou associado de medicamentos, fatores ambientais, redução da massa osteomuscular e perda patológica do equilíbrio.<sup>5</sup>

Além disso, uma marcha prejudicada e instabilidade postural, comum em pacientes com demência, também são fatores de risco. Medidas quantitativas de marcha e estabilidade postural contribuem para a redução do risco de queda.<sup>7</sup>

Mulheres possuem maior risco de desenvolverem lesões graves após uma queda, devido a maiores: expectativa de vida, uso de medicamentos, incidência de doenças crônicas como a osteoporose e tendência a comportamentos e atividades domésticas de risco.<sup>5,7</sup>

Uma queda isolada não necessariamente é um problema ou fator de risco para quedas futuras. Porém, pacientes com quedas recorrentes, ou seja, duas quedas em um período de seis meses, necessita de avaliação detalhada sobre a causa, podendo estar associada a uma nova doença aguda, perda de consciência, febre ou pressão arterial anormal.<sup>9</sup>

A síndrome de fragilidade, caracterizada pela diminuição da força e redução da função fisiológica, é uma síndrome multifatorial que aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento da dependência. O idoso frágil possui baixa resolução da homeostase após um evento estressor. Dois ou mais sinais de fragilidade relaciona-se com maior risco de gravidade de lesões por queda.<sup>10</sup>

Medicamentos psicotrópicos, como antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, anticolinérgicos e antipsicóticos aumentam o risco de queda em idosos, principalmente para quem usa dois ou mais.<sup>11</sup>

Quanto aos antidepressivos, deve-se optar pela classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina, por serem mais seguros em pacientes com alto risco de queda. Os benzodiazepínicos tem como principais mecanismos: a ação sedativa e bloqueadora dos canais alfa, causando alterações motoras e hipotensão postural, respectivamente. Os antidiabéticos, como Metformina, não estão diretamente ligados ao risco de queda, porém podem causar neuropatia secundária à deficiência de vitamina B12, predispondo a queda.<sup>5,11-14</sup>

Medicamentos cardiovasculares como a digoxina, antiarrítmicos ou diuréticos também aumentam o risco. Os anti-hipertensivos possuem mecanismo de hipotensão postural causada por sua ação vasodilatadora. Para o tratamento de hipertensão arterial em idosos frágeis, é indicada a monoterapia com medicamentos preferenciais como: Bloqueadores de Canais de Cálcio, Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina ou Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II. Os antiepilépticos favorecem a queda por apresentarem alterações no Sistema Nervoso Central, como sedação, tontura e ataxia.<sup>11-14</sup>

Além das classes citadas, outras que aumentam o risco de queda são os Opioides por causarem sedação, tontura e comprometimento cognitivo e os anti-inflamatórios não esteroidais por causarem confusão mental.<sup>11-14</sup>

## CONCLUSÃO

A partir da revisão bibliográfica realizada, conclui-se que idosos em situação de polifarmácia ou que utilizam algumas classes de medicamentos isoladas ou associadas tem risco de queda aumentado quando comparados com indivíduos da mesma idade que não estão nas mesmas condições.

A classificação do risco de queda é feita pelo número de quedas e pelo grau de lesão provocada. A queda é considerada um problema de saúde pública devido ao grau de dependência gerada pelas sequelas.

É comum que a polifarmácia seja resultado de uma cascata iatrogênica devido a novas prescrições que visam corrigir efeitos colaterais de medicamentos em uso.

A prevenção e recuperação de lesões provocadas por quedas é realizada por médico geriatra e equipe multiprofissional, com análise e correção dos fatores de risco, e ações como a desprescrição medicamentosa, mudanças no ambiente, reabilitação física, entre outras que devem ser individualizadas para cada caso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hammond T, Wilson A. Polypharmacy and Falls in the Elderly: A Literature Review. Nurs Midwifery Stud. 2013. 2(2):171-5. DOI: [10.5812/nms.10709](https://doi.org/10.5812/nms.10709)

2. Ambrose AF, Cruz L, Paul G. Falls and Fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas*. 2015. 82(1):85-93. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.06.035.
3. Cuevas-Trisan R. Balance Problems and Fall Risks in the Elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017. 28(4):727-737. DOI: 10.1016/j.pmr.2017.06.006.
4. Reis KMC, Jesus CAC. Relationship of polypharmacy and polypathology with falls among institutionalized elderly. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2017. 26(02). DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003040015>
5. Falleiros IFI, Selicani ML, Costa MLA, et al. Influência de medicamentos no risco de queda em idosos. *REAC*. 2021. 23. DOI: <https://doi.org/10.25248/reac.e7055.2021>
6. Araújo RS, Nascimento ER, Barros RS, et al. Can clinical and physical-functional factors predict falls in cognitively impaired older adults? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2019. 22(06). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190211>
7. Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, et al. Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *Br J Clin Pharmacol*. 2006. 61(2):218-23. DOI: 10.1111/j.1365-2125.2005.02543.x.
8. Reis KMC, Jesus CAC. Relação da polifarmácia e polipatologia com a queda de idosos institucionalizados. *Texto contexto - enfermagem*. 2017. 26(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003040015>
9. Fuller GF. Falls in the Elderly. *Am Fam Physician*. 2000. 61(7):2159-2168. PMID: 10779256
10. Fhon, Jack Roberto Silva, et al. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016.50(06):01005-01013. DOI: 10.1590/S0080-623420160000700018.
11. Seppala LJ, Glind EMMV, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis: III. Others. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018. 19(4):372e1-372.e8. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.12.099
12. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*. 2013. 75(1):51-61. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.02.009
13. Hegeman J, van den Bemt BJ, et al. NSAIDs and the risk of accidental falls in the elderly: a systematic review. *Drug Saf*. 2009. 32(6):489-498. DOI: 10.2165/00002018-200932060-00005
14. Bromfield SG, Ngameni CA, Colantonio LD, et al. Blood Pressure, Antihypertensive Polypharmacy, Frailty, and Risk for Serious Fall Injuries Among Older Treated Adults With Hypertension. *Hypertension*. 2017. 70(2):259-266. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.09390

## **PREDITORES PARA DESMAME DE VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PEDIATRIA - REVISÃO LITERÁRIA.**

Autores: Maria Júlia Freitas Schneider, Diliane Primo, Gustavo de Souza Nakazone, Helena Bernardes Pimenta Bueno Sento Sé, Isadora do Nascimento Quadros Mendes, Laura Pereira Meirelles Rosa, Nathália de Oliveira Marques dos Santos, Vitória Barros Mesquita, Vitória Martins Miano

Orientador: Dr. Elimar Rodrigues Alexandre Filho

Endereço eletrônico: [majuschneiderr@gmail.com](mailto:majuschneiderr@gmail.com)

**Palavras chaves: Ventilação mecânica, desmame, UTI pediátrica**

### **Introdução**

A ventilação mecânica (VM) em pacientes pediátricos é a principal estratégia para portadores de doenças pulmonares, no entanto pode aumentar o risco de lesões pulmonares secundárias a esse tratamento como pneumonia nosocomial, trauma da via aérea e a atrofia muscular respiratória, o que promove o aumento do tempo de VM, da internação e dos custos hospitalares (1,2).

Para minimizar a morbidade pulmonar, possível mortalidade e acelerar a recuperação é necessário um método que evite a hiperinsuflação dinâmica, o volutrauma, atelectrauma, biotrauma e ao mesmo tempo tolere a hipercapnia em pacientes com doenças de resistência anormal das vias aéreas. (1,3).

A desconexão do ventilador inclui duas situações diferentes, porém relacionadas: o declínio progressivo da ventilação (desmame) e a retirada do tubo endotraqueal (extubação). Para tanto, a avaliação de fatores fisiológicos, da mecânica respiratória, do nível de consciência e da estabilidade hemodinâmica são critérios para iniciar a retirada da VM, a fim de evitar o termo falha de extubação (FE), caracterizado por ser o conjunto de condições que determinam a necessidade de reintubação e restauração da VM dentro nas primeiras 24–72 h após a remoção do tubo endotraqueal. Além dos critérios, podem ser utilizadas técnicas de respiração espontânea com Pressão de Suporte (PS) + Pressão expiratória final positiva (PEEP) e Tubo T (2,4,5,6,7).

Na pediatria, associa-se o maior risco de falhas na extubação ao maior tempo de internação na UTI e permanência no hospital (8). A fim de evitar VM prolongada e suas complicações, o Teste de Respiração Espontânea (TRE) e uma equipe

multidisciplinar apta, para identificar o momento certo da extubação, visto que o tempo do desmame corresponde a 40% do tempo total de VM. (6,7,9,10,11).

## Objetivos e Métodos

A revisão bibliográfica de literatura utilizou o banco de dados Pubmed/Medline, Scielo, com objetivo de revisar os principais preditores para o desmame da VM na pediatria.

A busca foi realizada de dezembro de 2021 a janeiro de 2022, foram utilizados os descritores em saúde: "ventilator weaning"; "weaning, ventilator"; "mechanical ventilator weaning"; "pediatrics"; "desmame de ventilação mecânica"; "pediatria"; envolveu artigos na língua inglesa e portuguesa publicados entre 2001 a 2021. Incluindo artigos que abordam o desmame de VM e população pediátrica e excluindo artigos com dados insuficientes e estudos envolvendo recém nascidos, adultos e animais.

## Conteúdo/Desenvolvimento

Desmame ventilatório é a transição entre o suporte ventilatório e a respiração espontânea em pacientes que permaneceram em VPM invasiva por um tempo superior a 24 horas, ocorre em três fases: desmame durante a VM, extubação e desmame do oxigênio suplementar. (7)

Para iniciar o desmame avalia-se: resolução da etiologia, diminuição de drogas vasoativas e relaxantes musculares, ausência de sinais de sepse, de acidose e hipercapnia e de novos infiltrados na radiografia de tórax, a correção de desequilíbrios metabólicos e troca gasosa adequada.(1,9)

Após a avaliação dos critérios, deve-se atentar aos Métodos de Retirada: uso da Ventilação Mandatória Intermittente (IMV) e Ventilação Mandatória Intermittente Sincronizada (SIMV), o desmame gradual em tubo em T ou pressão de suporte (PS) o método PS+PEEP. (7)

Contudo, as complicações da ventilação podem ocorrer e se associam ao longo período de uso da VM, infecção, déficit neurológico, excesso do uso de sedação e de drogas vasoativas, fraqueza nos músculos da respiração, desconforto respiratório, sudorese, patologia de base, taquicardia ou bradicardia, taquipneia e estridor laríngeo, tendo como exemplo das principais complicações a atelectasia no lobo inferior esquerdo. (3,4,6,11)

## Discussão

Em revisão bibliográfica, Medeiros J, refere que, a estratégia escolhida na VM pode ter influência na evolução do paciente, porém não há conclusão da melhor técnica de desmame. O teste de respiração espontânea (PS+PEEP) é a técnica mais utilizada e apresenta melhores resultados na população pediátrica.



Lourenção ML et al, descreve a importância de reconhecer o momento ideal para realização do desmame da VM, considerando a retirada precoce ou tardia do suporte ventilatório e comorbidades, podem elevar os riscos no processo. Em estudo de corte retrospectivo realizado por Heubel AD et al, em UTI pediátrica de um hospital municipal do município de Bauru, SP, houve uma taxa de falha de extubação equivalente a 16%, tendo como principal responsável o estridor laríngeo.

De forma complementar no estudo de Medeiros J, é mencionado a rara utilização de protocolos de desmame em UTI pediátrica, como também é evidenciado por Turner DA et al, que demonstra pouca existência de estudos randomizados referentes ao assunto na população pediátrica que possam guiar a prática clínica. Contudo, as pesquisas reiteram que o uso de protocolos reduz o tempo de desmame, de internação hospitalar e de complicações.

O trabalho descritivo de Gonçalves JQ et al realizado por meio de questionário com profissionais especializados em terapia intensiva, de 20 instituições no Distrito Federal, conclui que existe grande variabilidade nas técnicas utilizadas para desmame de VM e o sucesso depende da forma desenvolvida e experimentada pela equipe, evidenciando mais uma vez a necessidade de protocolos e padronizar a prática clínica.

### Conclusão

Dessa maneira, em relação ao desmame da VM, o manejo adequado que diminua os fatores de risco, junto com as medicações e fisioterapia respiratória podem auxiliar no tempo do desmame ventilatório. O teste de respiração espontânea com PS+PEEP como técnica objetiva para complementar a conduta de extubação, visto que as taxas de falha de extubação são altas se feita no tempo errado, seja precocemente ou tardiamente.

### Referências Bibliográficas

1. Rotta AT, Steinhorn DM. Ventilação mecânica convencional em pediatria. *J Pediatr.* 2007; 83(2):1-9.
2. Gonçalves JQ, Martins RC, Andrade APA, Cardoso FPF, Melo MHO. Características do processo de desmame da ventilação mecânica em hospitais do Distrito Federal. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007; 19(1):38-43
3. Antunes LCO, Rugolo LMSS, Crocci AJ. Efeito da posição do prematuro no desmame da ventilação mecânica. *J Pediatr.* 2003; 79 (3):1-6
4. Valenzuela J, Araneda P, Cruces P. Retirada de la ventilación mecánica en pediatría. *Archivos de Bronconeumología.* 2014; 50(3):105-112
5. Malagoli RC, Santos FFA, Oliveira EA, Bouzada MCF. Influência da posição prona na oxigenação, frequência respiratória e na força muscular nos recém-nascidos pré-termo em desmame da ventilação mecânica. *Rev Paul Pediatr.* 2012;30(2):251-6
6. Lourenção ML, Carvalho WB. Desmame ventilatório em pediatria. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2020;32(3):333-336
7. Medeiros, JKB Desmame da ventilação mecânica em pediatria. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2011; 2(1):57-64

8. Heubel AD, Mendes RG, Barrile SR, Gimenes C, Martinelli B, Silva LN, Daibem CGL. Falha de extubação em unidade de terapia intensiva pediátrica: estudo de coorte retrospectivo. *Fisioter Pesqui.* 2020;27(1):34-40
9. Kamlin COF. Predicting successful extubation of very low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition.* 2005; 91 (3):F180–F183
10. Turner DA, Arnold JH. Insights in pediatric ventilation: timing of intubation, ventilatory strategies, and weaning. *Current Opinion in Critical Care* 2007;13 (1):57-63
11. Carvalho WB, Oliveira NF. Protocolos para desmame da ventilação mecânica em pediatria. *Rev Assoc Med Bras.*2003;49(1):1-23

## **PROFILAXIA FÚNGICA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM LONGA PERMANÊNCIA EM UTI - REVISÃO LITERÁRIA.**

Autores: Maria Júlia Freitas Schneider, Alexia Reis Figueiredo Kabbach Prigenzi, Beatriz Silva Assis, Bruna Carteiro Silva, Juliana cavaleiro rodrigues, Lucas Moutinho Leoni de Oliveira, Mariana Monteiro Lopes Godoy, Rute Paulino Pereira  
Orientador: Dr. Elimar Rodrigues Alexandre Filho  
Endereço eletrônico: [majuschneider@gmail.com](mailto:majuschneider@gmail.com)

**Palavras Chaves: UTI pediátrica, profilaxia, infecções fúngicas**

### **Introdução**

Nas últimas duas décadas houve um aumento na prevalência e gravidade de infecções fúngicas associadas com a morbidade e mortalidade pediátrica [1]. Isso decorre pelo uso de múltiplos antibióticos nas unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) e de procedimentos invasivos, tornando os fungos mais resistentes [2].

As crianças em UTIP e a prematuridade configuram fatores de risco para as infecções fúngicas [3,4]. Sendo a candidíase invasiva, uma das infecções de maior mortalidade e morbidade em bebês prematuros, em que a taxa se aproxima de 30% [5].

Os principais antifúngicos são os triazóis [6] e voriconazol, que são usados na profilaxia e tratamento de infecções fúngicas invasivas, e sua eficiência é influenciada por fatores como idade, sexo e índice de massa corpórea [1].

Dentre as principais espécies causadoras de infecção fúngica encontra-se a *Candida albicans* representando 40 a 50% dos casos. [7]

### **Objetivos e Métodos**

Esta revisão de literatura tem o objetivo de revisar estudos publicados e relacionados com o tema Profilaxia Fúngica em Pacientes Pediátricos com Longa Permanência em UTI.

A busca foi realizada na base de dados PubMed/MedLine em janeiro de 2022, com os descritores: "UTI pediátrica", "prevenção e controle", "infecções fúngicas", "infecções fúngicas invasivas" e "micoses", segundo o Medical Subjects Headings (MeSH).

Os critérios de inclusão são: artigos publicados entre 2010 a 2022, em línguas portuguesa e inglesa e feitos com população pediátrica. Já os critérios de exclusão são: artigos que não correspondem aos critérios de inclusão ou que não continham dados suficientes para a composição desta revisão.

### Conteúdo/Desenvolvimento

As espécies *Candida* e *Aspergillus* são os agentes mais comuns de infecções fúngicas em crianças. Em geral, infecções fúngicas graves estão restritas a pacientes imunocomprometidos, o que está relacionado também aos fatores de risco desse grupo, como presença de cateteres venosos centrais, exposição a antibióticos e a nutrição parenteral, por exemplo [7].

Os medicamentos que têm em sua composição o triazol, o qual age inibindo a formação da membrana celular do fungo, são os mais importantes na profilaxia antifúngica e auxilia no combate às doenças invasivas. São eles: Fluconazol, Voriconazol, Isavuconazol, Posaconazol e Itraconazol [6].

Diversos fatores influenciam na concentração plasmática dos medicamentos, alguns deles são: gênero, idade, índice de massa corpórea, doença prévia do fígado, entre outros. Os resíduos dos fármacos têm tendência a se acumular nos rins, o que pode levar a uma disfunção do órgão e ao aumento dos níveis séricos de creatinina [1].

### Discussão/Resultados

Num estudo de 492 pacientes pediátricos, por ElGendy F et al, foram realizadas amostras em que em 31,7% a *Candida albicans* era o organismo colonizador mais comum. Os fungos mais comumente adquiridos foram: *C. glabrata* em 71 (25,7%) pacientes, *C. tropicalis* em 61 (22,1%) pacientes, *C. albicans* em 46 (16,7%) pacientes, *C. krusei* em 33 (11,9%) pacientes, *Aspergillus flavus* em 20 (7,3%) pacientes e infecção mista em 45 (16,3%) pacientes.

Zaoutis T et al realizou um estudo caso controle no Hospital Infantil da Filadélfia em que se identificou 101 casos de pacientes com candidemia, os quais estavam associados a presença de cateter venoso central, malignidade, nutrição parenteral, uso de vancomicina por mais três dias nas últimas duas semanas e recebimento de agentes contra organismos anaeróbios pelo mesmo período. A partir disso, a probabilidade desses fatores estarem associados a candidemia foi de 10,7% a 46%.

A candidíase invasiva (CI) está associada a morbidade e mortalidade significativas em prematuros, diante disso, Ericson J et al, descreveu o uso de fluconazol para profilaxia de CI e relatou um estudo randomizado em um único centro de lactentes que demonstrou uma redução significativa tanto na colonização fúngica quanto na CI usando 3 mg/kg de fluconazol intravenoso.

## Conclusão

Com bases nos estudos reunidos, as infecções fúngicas, como as causadas pela *Candida albicans*, em pacientes pediátricos com longa permanência em Unidades de terapia intensiva (UTI) estão relacionadas a altos índices de mortalidade e morbidade, sobretudo, em pacientes prematuros e em tratamento contra câncer. Nessa perspectiva, os dados atuais, sugerem que a profilaxia antifúngica, deve ser manejada, adaptada e guiada pelos fatores de risco individual de cada paciente.

Entre os principais fármacos utilizados profilaxia de infecção fúngica foram descritos os que apresentam triazóis em sua composição como Fluconazol, Voriconazol, Isavuconazol, Posaconazol e Itraconazo, os quais são opções comumente utilizadas.

Nessa diretriz, conclui-se que tais medidas profiláticas são estratégias fundamentais para melhorar o índice de sobrevida em pacientes pediátricos com longa permanência em UTI, ao mitigar os casos de infecções fúngicas.

## Referências Bibliográficas

1. Rotta AT, Steinhorn DM. Ventilação mecânica convencional em pediatria. *J Pediatr*. 2007; 83(2):1-9.
2. Gonçalves JQ, Martins RC, Andrade APA, Cardoso FPF, Melo MHO. Características do processo de desmame da ventilação mecânica em hospitais do Distrito Federal. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007; 19(1):38-43
3. Antunes LCO, Rugolo LMSS, Crocci AJ. Efeito da posição do prematuro no desmame da ventilação mecânica. *J Pediatr*. 2003; 79 (3):1-6
4. Valenzuela J, Araneda P, Cruces P. Retirada de la ventilación mecánica en pediatría. *Archivos de Bronconeumología*. 2014; 50(3):105-112
5. Malagoli RC, Santos FFA, Oliveira EA, Bouzada MCF. Influência da posição prona na oxigenação, frequência respiratória e na força muscular nos recém-nascidos pré-termo em desmame da ventilação mecânica. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(2):251-6
6. Lourenção ML, Carvalho WB. Desmame ventilatório em pediatria. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(3):333-336
7. Medeiros, JKB Desmame da ventilação mecânica em pediatria. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2011; 2(1):57-64
8. Heubel AD, Mendes RG, Barrile SR, Gimenes C, Martinelli B, Silva LN, Daibem CGL. Falha de extubação em unidade de terapia intensiva pediátrica: estudo de coorte retrospectivo. *Fisioter Pesqui*. 2020;27(1):34-40
9. Kamlin COF. Predicting successful extubation of very low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 2005; 91(3):F180-F183
10. Turner DA, Arnold JH. Insights in pediatric ventilation: timing of intubation, ventilatory strategies, and weaning. *Current Opinion in Critical Care* 2007;13 (1):57-63
11. Carvalho WB, Oliveira NF. Protocolos para desmame da ventilação mecânica em pediatria. *Rev Assoc Med Bras*.2003;49(1):1-23

## **RELATO DE CASO: COLETA DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS PROVENIENTES DO CORDÃO UMBILICAL E POSSÍVEL TRATAMENTO PARA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA.**

Thayná Emily Barboza de Carvalho;<sup>1</sup> Ana Paula da Silva;<sup>1</sup> Kamilla Mayr Martins Sá;<sup>1</sup> Bruna Marquez Rodrigues de Paula;<sup>1</sup> Gerson Aranha;<sup>2</sup> Edson Arakaki.<sup>3</sup>

Discentes do curso de medicina da Universidade Metropolitana de Santos<sup>1</sup>

Docentes do curso de medicina da Universidade Metropolitana de Santos<sup>2</sup>

Preceptor da liga acadêmica de Transplante de Órgãos da Universidade Metropolitana de Santos<sup>3</sup>

Email: [thaynaemilyc@gmail.com](mailto:thaynaemilyc@gmail.com)

### **RESUMO**

A capacidade de diferenciação em células especializadas, caracterizam as células tronco hematopoiéticas (CTH). Tais células são encontradas, na medula óssea, no sangue do cordão umbilical (SCU) e placentário (SCUP), além do sangue periférico (PBPC). O transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) passou a ser usado como forma de tratamento para doenças onco-hematológicas, como a Leucemia Linfóide Aguda (LLA). Descrevemos um relato de caso, paciente, gestante, mãe de uma criança com LLA realizou a coleta das células tronco, provenientes do cordão umbilical, a fim de utilizá-la como alternativa para o tratamento de seu filho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Células-tronco hematopoéticas; transplante de células-tronco de sangue do cordão umbilical; Leucemia linfóide aguda.



## INTRODUÇÃO

Células-tronco hematopoiéticas (CTH) são células com capacidade de se autorrenovarem e se diferenciarem em células especializadas do tecido sanguíneo e do sistema imune. O transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma forma de tratamento para doenças onco-hematológicas em crianças e adultos. Entretanto, devido à dificuldade de se encontrar doadores compatíveis de medula óssea, a busca por alternativas às CTH, está mais presente, uso do sangue de cordão umbilical (SCU) e placentário (SCUP) e o sangue periférico (PBPC). [1] SCU está cada vez mais consolidando como alternativa aos outros tipos de terapia disponíveis [2], porque é de mais fácil obtenção, apresenta alta concentração sanguínea e menor risco de complicação. [3]

Alguns estudos sugerem dois tipos de CTH: CTH de curto prazo (CTH-CP) e as CTH de longo prazo (CTH-LP). As de longo prazo se proliferam ao longo da vida, podendo se autorrenovar e regenerar todos os tipos de células do sangue; já as de curto prazo, tem capacidade de autorrenovação limitada e meia vida de poucos meses, entretanto, geram os progenitores multipotentes que originarão as progênes das linhagens mielóide e linfóide. [1]

O transplante de CTH pode ser singênico (células recebidas são de um irmão gêmeo, idênticas ao do receptor) ou alogênico (não são iguais às do receptor). Já os transplantes autólogos são aqueles realizados com as células do próprio receptor. [1,4].

Dentre os fatores genéticos que exercem maior influência no resultado desses transplantes estão os genes do sistema HLA, caracterizados por extenso polimorfismo. Existe a possibilidade de transplantes entre membros da família ou doadores que são plenas ou parcialmente HLA-cruzados com o receptor, aumentando a quantidade de indivíduos elegíveis para o transplante e atuando como uma alternativa àqueles que não tinham parentes HLA idênticos [5]

As complicações relacionadas ao TCTH englobam, risco de rejeição, desenvolvimento incompleto do enxerto e doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Esta consiste no ataque do enxerto aos receptores dos tecidos do hospedeiro, situação mediada pelas células T alorreativas [6].



## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 28 anos, realizando pré-natal em Unidade Básica de Saúde, foi encaminhada ao serviço de referência de gestação de alto risco na 16ª semana de gestação por baixo percentil de crescimento fetal. Tercigesta, relata aborto prévio na primeira gestação, cesárea com 42 semanas de gestação, perda de líquido amniótico e alta exposição ao benzeno na segunda gestação, com primeiro filho, de 4 anos de idade, apresentando quadro de leucemia linfóide aguda (LLA) diagnosticado há um ano.

Realiza-se então, pré-natal, com objetivo de coletar células tronco do cordão umbilical, para congelar e utilizar em futura necessidade de Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH).

Ao parto, foi realizada cesariana com 38 semanas de gestação, peso de 3010g, sem complicações. O cordão umbilical foi seccionado e, assim que o bebê foi separado do cordão, o sangue foi drenado para uma bolsa de coleta que contém o anticoagulante para posterior criopreservação.

## DISCUSSÃO

A leucemia linfóide aguda, é a neoplasia mais frequente na idade pediátrica. A melhor terapêutica é o transplante de células-tronco hematopoéticas, embora nos últimos anos o uso de fontes alternativas, como o sangue periférico e o cordão umbilical terem crescido. A capacidade de se dividir indefinidamente, torna as células tronco a opção mais indicada para tratamento de leucemias agudas. Essa característica, conferem uma alternativa à mutação ocorrida na medula óssea e, ao comprometimento de seu metabolismo, utilizando o cordão umbilical como fonte dessas células e alternativa à sua obtenção.

No caso, o primeiro filho da paciente apresenta diagnóstico de LLA. O tratamento escolhido foi o transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue do cordão umbilical. Esse tipo de transplante depende da disponibilidade de encontrar um doador HLA-compatível, seja familiar ou não-aparentado.

No Brasil, há uma grande dificuldade de se encontrar um doador totalmente HLA-compatível. Desse modo, em casos graves, se realiza transplantes com

incompatibilidade de HLA, o que está associado a maiores riscos de complicações e uma alta morbi-mortalidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, é importante investir em pesquisas na área de transplante de células tronco de cordão umbilical, uma vez que esse tipo de terapêutica tem se mostrado eficiente para o tratamento de leucemias agudas no mundo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva Junior, Francisco C. da, Odongo, Fatuma C. A. e Dulley, Frederico L. Células-tronco hematopoéticas: utilidades e perspectivas. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia [online]. 2009, v. 31, suppl 1 [Acessado 21 Julho 2021], pp. 53-58. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842009005000032>>. Epub 22 Maio 2009. ISSN 1806-0870. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842009005000032>.
2. Eapen M, Rocha V, Sanz G, Scaradavou A, Zhang MJ, Arcese W, Sirvent A, Champlin RE, Chao N, Gee AP, Isola L, Laughlin MJ, Marks DI, Nabhan S, Ruggeri A, Soiffer R, Horowitz MM, Gluckman E, Wagner JE; Center for International Blood and Marrow Transplant Research; Acute Leukemia Working Party Eurocord (the European Group for Blood Marrow Transplantation); National Cord Blood Program of the New York Blood Center. Effect of graft source on unrelated donor haemopoietic stem-cell transplantation in adults with acute leukaemia: a retrospective analysis. Lancet Oncol. 2010 Jul;11(7):653-60. doi: 10.1016/S1470-2045(10)70127-3. PMID: 20558104; PMCID: PMC3163510.
3. Copelan EA. Hematopoietic stem-cell transplantation. N Engl J Med. 2006 Apr 27;354(17):1813-26. doi: 10.1056/NEJMra052638. PMID: 16641398.
4. Morando, Juliane et al. Transplante de células-tronco hematopoéticas em crianças e adolescentes com leucemia aguda: experiência de duas instituições Brasileiras. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia [online]. 2010, v. 32, n. 5 [Acessado 21 Julho 2021], pp. 350-357. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842010000500006>>. Epub 12 Nov 2010. ISSN 1806-0870. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842010000500006>.
5. Pinatti A. Transplante de medula óssea: Importância do sistema HLA. São José do Rio Preto: Academia de Ciência e Tecnologia, 2019. Curso de pós graduação lato-sensu em hematologia prática e essencial.

6. Tópicos em Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas [Internet]. Rio de Janeiro, RJ; 2012 [cited 2021 Jul 21]. Available from:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/topicos\\_transplante\\_celtronco\\_hematopoeticas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/topicos_transplante_celtronco_hematopoeticas.pdf)

## **A COMPLEXA RELAÇÃO ENTRE ESCLEROSE MÚLTIPLA E INTERFERON B COMO POTENCIAL CAUSA DE DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA: UM RELATO DE CASO**

Autores: Ana Carolina R. Cortez<sup>1</sup>, Yashmin D. P. Camargo<sup>1</sup>, Dra. Yara D. Fragoso<sup>2</sup>,  
Dr Marcos B. de Almeida<sup>3</sup>

1. Acadêmico do Curso de Medicina da UNIMES
2. Médica neurologista, docente do curso de medicina da UNIMES
3. Neuropsicólogo e psicólogo clínico, diretor do Instituto de Neurociências e Comportamento

Endereço eletrônico: [ana.raszl.cortez@hotmail.com](mailto:ana.raszl.cortez@hotmail.com)

**Palavras chaves:** Depressão, Esclerose, Interferon  $\beta$ , Ideação suicida

### **Objetivo**

Apresentar através de um relato de caso a correlação de depressão e a ideação suicida com a esclerose múltipla e seu tratamento pelo Interferon  $\beta$ .

### **Metodologia**

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por revisão de prontuário e revisão da literatura.

### **Introdução**

Esclerose múltipla (EM) é uma doença crônica e autoimune do sistema nervoso central, cursando com inflamação e perda neuronal. É mais prevalente em mulheres e entre 20 e 40 anos. Pelo potencial de causar deficiências físicas e motoras, a doença tem impacto importante na vida de seus portadores. [1] Pacientes com doenças crônicas como a EM, podem apresentar episódios depressivos [2]. Estudos demonstram que 25% dos portadores de EM sofrem de depressão, em comparação a 5% na população geral [1]. Um dos medicamentos mais utilizados no tratamento da EM é o Interferon  $\beta$ . A droga inibe as reações inflamatórias excessivas, típicas das condições autoimunes. Entre os eventos adversos dos interferons observa-se depressão [3]. Assim sendo, o ideal é evitar o uso de interferon beta em pacientes com EM que tenham história prévia de depressão ou ideação suicida [4]. Da mesma forma, deve-se acompanhar com retornos frequentes estes pacientes, uma vez que podem desenvolver depressão ou ideação suicida relacionadas à doença e ao interferon. [5]

A correlação entre doença crônica e uso de interferon como causa de depressão e ideações suicidas, parece ser devida a um conjunto de fatores complexos, incluindo a baixa reserva funcional para lidar com eventos estressantes. [1][4] Poucos pacientes dão atenção especial a seus sintomas psiquiátricos, uma vez que o uso de antidepressivos é relativamente baixo na EM e muitos pacientes não são encaminhados para avaliações específicas. [4] É, portanto, importante que profissionais da saúde tenham conhecimento dessa complexidade, para que estejam atentos a quaisquer sintomas depressivos ou suicidas em pacientes com EM. A identificação precoce de sintomas depressivos ou de pacientes vulneráveis à depressão pode modificar a evolução clínica destes indivíduos. Existem outros tratamentos para EM além dos interferons e, portanto, não é essencial que pacientes vulneráveis recebam estas prescrições. [2]

## **Relato de caso**

Paciente do sexo feminino, 32 anos, formada em administração de empresas, atualmente aposentada por EM remitente recorrente (EMRR). Nesta forma da doença os surtos de piora se intercalam com períodos de melhora e acalmia de sintomas. [6] Foi diagnosticada com a doença há cinco anos, mas por

três anos recusou o tratamento convencional, optando pelo alternativo, e na mesma época se deu a aposentadoria. A paciente teve três surtos de piora clínica e optou então pelo tratamento atual com Interferon  $\beta$ . Desde então não ocorreu mais nenhum surto. A paciente mora sozinha e relata sintomas depressivos há um ano, como não levantar da cama o dia todo, evita encontrar pessoas, e está sem um projeto de vida. Há seis meses relata pensamentos suicidas, das formas como se matar e como não faria falta no mundo.

Exame físico clínico encontra-se normal, embora acima do peso (IMC=26). Exame físico neurológico demonstra discreta hemiparesia direita, associada a distúrbio de sensibilidade superficial no mesmo hemicorpo. Reflexos a direita preservados e sem incapacidade de marcha, embora seja lenta e relate cansaço ao andar.

Exame de ressonância magnética do encéfalo confirma diagnóstico de esclerose múltipla (Imagem 1).

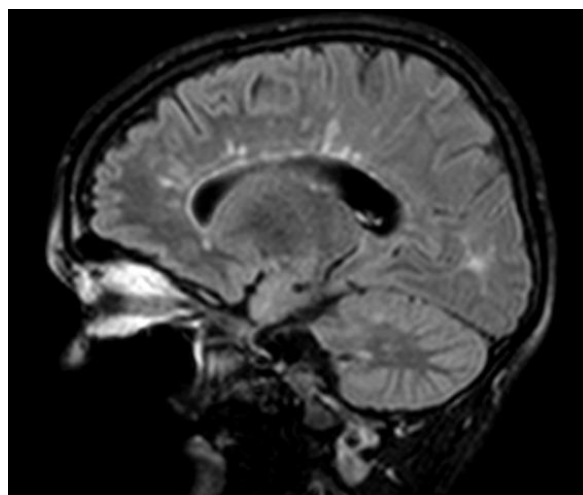


Imagem 1 - RNM, corte sagital T2-FLAIR mostrando sinal de dedos de Dawson, típicos da desmielinização em esclerose múltipla

### **Discussão**

Este trabalho demonstra a importância do conhecimento da EM, seu tratamento com interferon beta e sua possível correlação com a depressão e ideação suicida. A EM é uma doença relativamente rara no Brasil, acometendo 15 pessoas a cada 100 mil habitantes [7] Uma vez que cerca de 25% dos pacientes

com EM sofrem depressão [1], podemos estimar que 33.000 pacientes com EM morem no Brasil e, destes, mais de 8.000 tenham depressão. Estes são números expressivos pois a EM acomete pacientes relativamente jovens entre a 2ª e 4ª décadas de vida, sendo uma doença com características de acumular incapacidades físicas neurológicas. Não devemos prescrever tratamentos que potencialmente possam desencadear ou piorar a depressão em pacientes com EM vulneráveis a esta condição psiquiátrica. Os pacientes devem ser bem selecionados para prescrição de drogas alinhadas às suas comorbidades.

O caso relatado se aproxima com os relatos e informações encontradas na literatura, uma vez que a paciente já diagnosticada com EM, e em uso de interferon, sinaliza claros sintomas depressivos e ideias suicidas. O fato de ser uma paciente jovem, com leve comprometimento motor e sensitivo, que se aposentou cedo, implica na falta de um objetivo de vida, no desejo de isolamento social, o que pode ter sido agravado pelo uso do interferon beta.

Deve-se destinar mais estudos para correlacionar a esclerose múltipla e o interferon na depressão, já que a literatura se mostra imprecisa e com escassa informação sobre essa interação e seu mecanismo fisiológico. É importante, também, maior conhecimento dos profissionais de saúde sobre esse tema, pois há certa negligência na detecção de sintomas psiquiátricos, evidenciado na literatura pela recusa ao tratamento e pela baixa utilização de antidepressivos nesses casos. Sendo assim, a equipe pode prevenir casos depressivos graves e auxiliar em um tratamento mais completo para esses pacientes.

## Referências

[1] Tauil CB et al. Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis [internet]. São Paulo; 2018. [Acesso em: 12 fev. 2021]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2018000500296#:~:text=Conclusions%3A,on%20the%20risk%20of%20suicide](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2018000500296#:~:text=Conclusions%3A,on%20the%20risk%20of%20suicide)

[2] Karasouli E, Latchford G, Owens D. The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration [internet]. 2014. [Acesso em: 12 fev. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25750825/>



[3] Pinto EF, Andrade C. Interferon-Related Depression: A Primer on Mechanisms, Treatment, and Prevention of a Common Clinical Problem [internet]. 2016. [Acesso em: 12 fev. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26733280/>

[4] Palé LA et al. Systematic review of depression in patients with multiple sclerosis and its relationship to interferon $\beta$  treatment [internet]. 2017. [Acesso em: 12 fev. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29055445/>

[5] Lana-peixoto MA, Teixeira Junior AL, Haase VG. Interferon Beta-1a induced depression and suicidal ideation in multiple sclerosis [internet]. São Paulo; 2002. [Acesso em: 12 fev. 2021]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2002000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000500007)

[6] Noyes K, Weinstock-guttman B. Impact of diagnosis and early treatment on the course of multiple sclerosis [internet]. 2013. [Acesso em: 12 fev. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24494633/#:~:text=Early%20diagnosis%20and%20treatment%20of,to%20treatment%20is%20often%20poor.>

[7] Fragoso YD, Brooks JBB. The prevalence of multiple sclerosis in the city of Santos has remained unaltered for five years [internet]. 2012. [Acesso em: 12 fev. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22836474/>

## **ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA EM GESTANTES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

*Transcranial Magnetic Stimulation in Pregnant Women with Major Depressive  
Disorder*

Amanda Andriani Oliveira<sup>1</sup>; Heloísa Rodrigues Marmé<sup>1</sup>; Raissa de Carvalho<sup>1</sup>;  
Mariana Pinho Frazão<sup>1</sup>; Helena Costa dos Santos<sup>1</sup>; Manuelle Mastrococco Brand  
Rosa<sup>1</sup>; Sidney Costa Gaspar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduandos de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

<sup>2</sup> Docente do curso de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

Correspondência: [amandaandriani.med@gmail.com](mailto:amandaandriani.med@gmail.com)<sup>1</sup>; [heloomarme@gmail.com](mailto:heloomarme@gmail.com)<sup>1</sup>,  
[raissa\\_carvalho99@hotmail.com](mailto:raissa_carvalho99@hotmail.com)<sup>1</sup>, [maripinho09@hotmail.com](mailto:maripinho09@hotmail.com)<sup>1</sup>,  
[helena\\_costasantos@hotmail.com](mailto:helena_costasantos@hotmail.com)<sup>1</sup>; [manuellebrand@gmail.com](mailto:manuellebrand@gmail.com)<sup>1</sup>,  
[drsidney\\_gaspar8@gmail.com](mailto:drsidney_gaspar8@gmail.com)<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** EMT; Gestantes; Transtorno Depressivo Maior.

### **INTRODUÇÃO**

A estimulação magnética transcraniana é uma técnica de neuromodulação não invasiva, que recentemente começou a ser estudada sua

aplicabilidade e efetividade no tratamento de portadores de doenças neuropsiquiátricas, como em grávidas com depressão.<sup>1</sup> Alguns desses estudos sugerem uma redução na escala de depressão de 66% das pacientes grávidas, mostrando ser bastante promissor durante a gestação.<sup>2</sup>

Os riscos desse tratamento ainda são desconhecidos, a segurança na sua adoção deve ser melhor estudada, assim como as contraindicações da EMT na gravidez.<sup>3</sup>

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre o tratamento de depressão de gestantes por Estimulação Magnética Transcraniana. Dessa forma, analisar e apontar a eficácia e aplicabilidade dessa terapêutica.

## METODOLOGIA

O trabalho é caracterizado como revisão integrativa, por meio de pesquisa bibliográfica em artigos científicos.

Os artigos científicos relacionados ao tema foram acessados na base de dados Publisher Medline (PubMed), publicados entre 2016 e 2020, nos idiomas inglês e português. Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: transcranial magnetic stimulation AND treatment AND depression AND pregnancy AND review.

Ainda, foram utilizados os filtros: disponibilidade de texto e tipos de artigo. O critério de exclusão foi: não falar sobre EMT e/ou gestação no mesmo artigo.

## DESENVOLVIMENTO

### Definição e aplicabilidade

A estimulação magnética transcraniana apresenta-se como um novo tratamento promissor indicado para pacientes psiquiátricos refratários à terapia medicamentosa, dentre estes, os que mais se destacam são as grávidas devido a

fetotoxicidade causada pela ampla maioria dos psicotrópicos disponíveis no mercado.<sup>2,3,4,7</sup>

Através da inibição de regiões cerebrais muito ativas e excitação de outras com pouca atividade, a técnica é apontada como aplicável para diversas patologias neuropsiquiátricas.<sup>1,4</sup>

## Origem e técnica

A estimulação magnética transcraniana (EMT) foi introduzida por Barker et al. em 1985 como um método não invasivo de estimulação do córtex humano, através de correntes elétricas aplicadas em uma bobina posicionada externamente sobre o couro cabeludo (escalpo).<sup>1</sup> Essa bobina leva a uma variação da corrente elétrica, desencadeando um pulso eletromagnético que induz campos elétricos cerebrais e despolariza os neurônios no córtex cerebral.<sup>1</sup>

A EMT é realizada com o paciente acordado, sem a necessidade de anestesia.<sup>5</sup> É procedimento praticamente indolor, em que uma bobina conectada ao equipamento, é posicionada sobre a cabeça do paciente, produzindo um potente campo magnético alternado.<sup>5</sup>

## Estimulação magnética transcraniana navegada

A técnica de neuronavegação busca auxiliar no posicionamento dos instrumentos cirúrgicos nas regiões neuronais adequadas.<sup>1</sup> Consiste na projeção de um veto do centro da bobina de estimulação até a superfície do córtex.<sup>1</sup>

## Equipamento de estimulação

O equipamento é composto por um capacitor, uma bobina e uma chave de estado sólido.<sup>1</sup> O campo elétrico é induzido seguindo a circunferência da bobina, que é posicionada sob o escalpo, acima da região que se tem o objetivo de estimular.<sup>1</sup>

## Contraindicações da EMT

Pacientes com implantes metálicos ou eletrônicos não podem fazer o uso da técnica.<sup>4</sup> Quadros de transtornos de ansiedade são permitidos, contanto que o distúrbio primário seja o transtorno depressivo maior.<sup>3</sup>

### **Eficácia da EMT nas gestantes**

Pesquisas recentes apontam a eficácia da EMT como tratamento invasivo a casos de depressão maior em gestantes.<sup>7</sup> Observa-se que essa técnica se vê promissora, uma vez que elimina a exposição fetal à terapia farmacológica e é uma alternativa em casos de falha terapêutica dos medicamentos psicotrópicos.<sup>6</sup>

### **Efeitos adversos e colaterais da EMT**

Entre os efeitos da EMT incluem dor localizada no local da estimulação, pescoço, e a dor de cabeça.<sup>4,5</sup> Atualmente, a convulsão constitui complicação extremamente rara do tratamento.<sup>5</sup>

### **Desfechos fetais**

Abortos, defeitos congênitos graves e desenvolvimento neuropsicomotor diferente não foram apontados na literatura.<sup>3</sup> Entretanto, efeitos colaterais raros não podem ser excluídos, uma vez que ainda pouco estudos de EMT foram realizados em mulheres grávidas.<sup>3</sup>

Acompanhamento morfológico através de ultrassom foi realizado e ao fim do tratamento com essa técnica foi indicado que todos os fetos cresceram adequadamente, sem alterações.<sup>3</sup> Ao nascer, todos os bebês tiveram alta concomitantemente com a mãe e não apresentaram grandes anomalias congênitas e alterações em parâmetros de estado geral e vitalidade, como o escore de Apgar.<sup>3,6</sup>

## **CONCLUSÃO**

No presente trabalho foi possível observar que embora novos estudos sobre o tema ainda sejam necessários, a EMT demonstra ser efetiva e relativamente

segura, com efeitos colaterais não significativos e efeitos adversos limitados. Este dado é relevante pois esta estimulação não necessita de drogas adjuntas, sendo um fator benéfico para as gestantes e seus fetos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matsuda RH, Tardelli GP, Guimarães CO, Souza VH, Baffa Filho O. Estimulação magnética transcraniana: uma breve revisão dos princípios e aplicações. Revista Brasileira de Física Médica. 2019 Sep 1;13(1):49.
2. Ferrão, Ygor Arzeno, Renata S. Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of major depression during pregnancy. Brazilian Journal of Psychiatry [Internet]. 2018 Apr [cited 2022 Mar 18];40:227–8. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462018000200227&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462018000200227&script=sci_arttext)
3. Hebel T, Schecklmann M, Langguth B. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression during pregnancy: a review. Archives of Women's Mental Health. 2019 Nov 7;23(4):469–78.
4. Shah MR, Jampa A, Kaur M, Robert CA, Patel RS. Transcranial Magnetic Stimulation for Major Depressive Disorder in Pregnancy: A Literature Review. Cureus. 2019 Aug 19;
5. Mansur CG. Estimulação magnética transcraniana em psiquiatria. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [Internet]. 2009 [cited 2022 Mar 18];28–30. Available from: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/356>
6. Damar U, Lee Kaye H, Smith NA, Pennell PB, Rotenberg A. Safety and Tolerability of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation During Pregnancy: A Case Report and Literature Review. Journal of Clinical Neurophysiology. 2020 Mar;37(2):164–9.
7. Yanamadala J, Borwankar R, Makarov S, Pascual-Leone A. Estimates of Peak Electric Fields Induced by Transcranial Magnetic Stimulation in Pregnant Women as



Patients or Operators Using an FEM Full-Body Model  
[Internet]. Makarov S, Horner M, Noetscher G, editors. PubMed. Cham (CH): Springer; 2019 [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31725242/>

## **MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, COMPLICAÇÕES E MANEJO DA HEPATITE A: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

*Clinical Manifestations, Complications and Management of Hepatitis A: A Literature Review*

Giovanna Nardoza Martinez Reis<sup>1</sup>, Heloisa Rodrigues Marmé<sup>1</sup>, Silvia Nardoza Santerini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduandas de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

<sup>2</sup> Médica Oncologista e Pós-graduanda em Cuidados Paliativos

**Correspondência:** [gndzza@gmail.com](mailto:gndzza@gmail.com)<sup>1</sup>, [heloomarme@gmail.com](mailto:heloomarme@gmail.com)<sup>1</sup>; [silvians0807@gmail.com](mailto:silvians0807@gmail.com)<sup>2</sup>

**Palavras-chaves:** Hepatite A; Clínica; Manejo.

### **INTRODUÇÃO**

O vírus da hepatite A (HAV) é um vírus hepatotrópico de ácido ribonucleico (RNA) linear, de fita simples, com sentido positivo, de forma icosaédrica e não envelopado. <sup>1</sup> Sua via de transmissão é fecal-oral e seu contágio está associado a má condições de higiene pessoal, saneamento básico, qualidade de água e alimentos e sexo anal desprotegido. <sup>2</sup>

Ao mesmo tempo que a infecção aguda pelo HAV seja autolimitada e não se desdobre para infecção crônica, a Organização Mundial da Saúde, em 2016, estimou que mais de 7.000 pessoas morreram de hepatite A. <sup>3</sup>

O período de incubação varia de quinze a cinquenta dias após a infecção. <sup>4</sup>Na fase prodrômica, os pacientes apresentam níveis elevados de aspartato/alanina aminotransferases (AST/ ALT) e de bilirrubina. <sup>5</sup> A AST (TGP) na maioria das vezes não ultrapassa 500 UI e a bilirrubina alcança no máximo 10 mg/dL. <sup>5</sup>

O diagnóstico de hepatite A é realizado através da pesquisa de anticorpos anti-HAV IgM, tendo como especificidade 99% e sensibilidade 100% e período de positividade de até seis meses. <sup>5</sup> O anti-HAV IgG, por sua vez, persiste, conferindo imunidade ativa vitalícia. <sup>5</sup>

## OBJETIVO

O objetivo desta revisão de literatura é de revisitar fontes de evidência confiáveis a respeito das manifestações clínicas e manejo da hepatite A. Dessa forma, revisar e indicar os principais sinais, sintomas, complicações e tratamentos no combate à essa hepatopatologia.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura, por meio de pesquisa bibliográfica em artigos científicos relacionados ao tema, acessados na base de dados Publisher Medline (PubMed) e publicados entre 2000 e 2022.

As buscas foram realizadas em fevereiro de 2022, sem restrição de tipo de documento e idioma. Ainda, foram empregados descritores e/ou palavras-chaves, de acordo com a base de dados, suas derivações e tradução na língua inglesa, assim como combinações utilizando operadores booleanos.

Após a pesquisa inicial na base de dados com a leitura de títulos e resumos, 20 artigos foram considerados possivelmente relevantes para a revisão de literatura. Entretanto, após leitura completa e análise mais refinada, 10 foram realmente utilizados.

Dessa maneira, serão apresentados, em forma de tópicos, os resultados analisados e sua seguinte discussão. Ainda, serão expostas as conclusões acerca do tema nas considerações finais.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS TÍPICAS

A idade do paciente está associada à sua forma clínica de desenvolvimento da hepatite A. <sup>2,3,4</sup>

O período de incubação varia de duas a sete semanas, com média de trinta dias. <sup>2,4</sup> A fase pré-ictérica dura de cinco a sete dias e pode se manifestar clinicamente com febre, náuseas, vômitos, anorexia, desconforto abdominal em quadrante superior direito, mal-estar geral, cefaléia, colúria e icterícia. <sup>2,3,4</sup> Menos comuns, mas ainda presentes, a mialgia, prurido, erupção cutânea, artralgia, calafrios, acolia, constipação e diarreia podem ser observados. <sup>2</sup>

Geralmente, a icterícia aparece de dois a quinze dias após essas manifestações prodrômicas e dura entre quatro e vinte dois dias, se resolvendo, em média, em uma semana. <sup>5,7</sup>

## COMPLICAÇÕES

Em geral, a hepatite A apresenta um curso de remissão espontânea, mas em 10 a 20% dos casos sintomáticos manifestam hepatite recorrente, colestase persistente, desenvolvimento de hepatite autoimune ou insuficiência hepática fulminante. <sup>2</sup> Ainda, há relatos raros associados de injúria renal aguda, pancreatite, derrame pleural ou pericárdico, hemólise, hemofagocitose, aplasia eritrocitária pura, artrite reativa aguda e manifestações neurológicas. <sup>2,4,5</sup>

Em relação à forma fulminante da hepatite A, tem-se que é uma complicação rara, sendo mais frequente em adultos que em crianças. <sup>2</sup>

O curso da hepatite A em grávidas está relacionado a complicações, como trabalho de parto prematuro, ruptura pré-termo de membranas, descolamento prematuro de placenta e hemorragia anteparto. <sup>2,3</sup>

## MANEJO

Não há tratamento específico para a infecção aguda de hepatite A, sendo este baseada em cuidados de suporte. <sup>1,2,3</sup> A hidratação adequada, dieta normal, repouso relativo, evitar hepatotoxinas como álcool e acetaminofeno e uso de antieméticos e antipiréticos são consideradas medidas importantes. <sup>1,2,3,7</sup>

O pilar da imunoprofilaxia da hepatite A consiste na vacinação, que está disponível globalmente e é eficaz. <sup>2</sup> Atualmente, duas vacinas estão disponíveis no mercado: HAVRIX e VAQTA. <sup>5,6</sup> Ambas são altamente eficazes e compostas pelo vírus inativado, apenas se diferenciando na cepa que é utilizada. <sup>5,6</sup> Elas induzem soro-conversão em 90 a 98% após uma dose e 100% após duas. <sup>5</sup>

Em relação a profilaxia pós-exposição, é possível administrar uma injeção intramuscular de gamaglobulina anti-A, dentro de um período de 14 dias após a exposição para prevenir ou atenuar a doença. <sup>2,5,7</sup> A imunoglobulina protege contra a hepatite A através da transferência passiva de anticorpos e tem como dose recomendada 0,02 mL/kg. <sup>6</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente revisão de literatura foi possível analisar as manifestações clínicas, complicações e manejo da infecção aguda pelo vírus da hepatite A. Tais dados são essenciais para a prática clínica, uma vez que podem auxiliar no diagnóstico, na profilaxia e no combate a desdobramentos graves associados.

Observa-se que em crianças, a infecção pelo HAV tende a ser assintomática e, conseqüentemente associada ao baixo risco de complicações. Em contrapartida, casos de hepatite A em adultos são caracterizados por

manifestações sintomáticas e alterações laboratoriais. Ainda, nesse grupo há maior incidência de complicações.

Portanto, nota-se a influência da clínica em relação ao manejo da doença. Em geral, este consiste em cuidados de suporte. Entretanto, em casos que envolvem complicações renais e hepáticas graves, é necessário uma terapêutica cuidadosa e individualizada.

Dessa forma, conclui-se que: Considerando o diagnóstico e manejo da infecção pelo vírus HAV, tem-se que as manifestações clínicas iniciais e evolutivas são fundamentais e ditam a escolha da terapêutica mais adequada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abutaleb A, Kottilil S. Hepatitis A. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2020 Jun;49(2):191–9.
2. Jeong S-H, Lee H-S. Hepatitis A: Clinical Manifestations and Management. *Intervirology*. 2010;53(1):15–9.
3. Seto MT-Y, Cheung KW, Hung IFN. Management of viral hepatitis A, C, D and E in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Mar 30];68:44–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32305262/>
4. Shin E-C, Jeong S-H. Natural History, Clinical Manifestations, and Pathogenesis of Hepatitis A. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. 2018 Feb 12;8(9):a031708.
5. Pereira FEL, Gonçalves CS. Hepatite A. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [Internet]. 2003 Jun [cited 2022 Mar 30];36(3):387–400. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/T7s8rdtsbh6GybHqxJcxxwk/?lang=pt>
6. Herrera Corrales JA, Badilla García J, Herrera Corrales JA, Badilla García J. Hepatitis A. *Medicina Legal de Costa Rica* [Internet]. 2019 Dec 1;36(2):101–7. Available from: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152019000200101](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200101)

7. Brundage SC, Fitzpatrick NA. Hepatitis A. American Family Physician [Internet]. 2006 Jun 15;73(12):2162–8. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2006/0615/p2162.html>

## PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Prevention of Pressure Ulcers in Intensive Care Units: A Literature Review.*

Heloísa Rodrigues Marmé<sup>1</sup>, Sílvia Nardoza Santerini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduanda de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

<sup>2</sup> Médica Oncologista e Pós-graduanda em Cuidados Paliativos

**Correspondência:** [heloomarme@gmail.com](mailto:heloomarme@gmail.com) <sup>1</sup>; [silvians0807@gmail.com](mailto:silvians0807@gmail.com) <sup>2</sup>

**Palavras-chave:** prevenção; lesões por pressão; UTI.

### INTRODUÇÃO

De acordo com a organização norte-americana National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) define-se lesão por pressão como: "Lesão localizada na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão, ou pressão em combinação com cisalhamento".<sup>1</sup> As



áreas mais citadas na literatura como de risco são: face, pescoço, região torácica, pênis, dedos dos pés, joelho, crista íliaca, clavícula, platô tibial e sínfise púbica.<sup>2</sup>

Aponta-se que nos Estados Unidos, 2,5 milhões de pacientes internados desenvolvem lesões por pressão anualmente e estima-se que aproximadamente 60.000 deles morrem por suas complicações.<sup>3</sup> Entretanto, indica-se que a maioria dessas lesões poderiam ser evitadas, se fossem implementadas estratégias efetivas por parte da equipe multiprofissional.<sup>3</sup>

Os pacientes internados em unidades de terapia intensiva evidenciam um risco aumentado para o desenvolvimento das úlceras por pressão, por apresentarem estado hemodinâmico instável e estarem sendo submetidos a diversos procedimentos, que na maioria das vezes envolvem estarem conectados a múltiplos dispositivos médicos.<sup>3</sup> Estima-se que 22 a 49% dos pacientes considerados em estado grave nas unidades de terapia intensiva adquiram lesões por pressão durante a internação.<sup>4</sup>

## OBJETIVO

O objetivo desta revisão de literatura é de visitar fontes de evidência confiáveis a respeito da prevenção das lesões por pressão em unidades de terapia intensiva. Dessa forma, revisar e selecionar intervenções preventivas que possam servir como estratégias efetivas no combate à alta incidência e prevalência dessas lesões nesses ambientes.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura, por meio de pesquisa bibliográfica em artigos científicos relacionados ao tema, acessados na base de dados Publisher Medline (PubMed) e publicados entre 2000 e 2022.

As buscas foram realizadas em janeiro de 2022, sem restrição de tipo de documento e idioma. Ainda, foram empregados descritores e/ou palavras-

chaves, de acordo com a base de dados, suas derivações e tradução na língua inglesa, assim como combinações utilizando operadores booleanos.

## REPOSICIONAMENTO

O reposicionamento é um componente fundamental para a prevenção das úlceras por pressão, principalmente em pacientes com mobilidade limitada.<sup>8</sup> Essa técnica tem como finalidade reduzir a intensidade e período de exposição à pressão externa sobre o corpo do indivíduo, além de proteger o paciente a uma privação contínua de oxigênio na área afetada e dano tecidual consequente, devido a oclusão sanguínea.<sup>8</sup> É uma prática preventiva muito efetiva e cabe à equipe multidisciplinar das unidades de terapia intensiva a sua execução.<sup>8</sup>

Apesar de ser conveniente para pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo, vários estudos analisaram uma relação positiva entre a ventilação em decúbito dorsal e lesões por pressão, tanto na região da face quanto em outras áreas de sustentação do peso do corpo.<sup>6</sup> Pesquisas internacionais sugerem que até 57% dos pacientes em unidades de terapia intensiva que estão posicionados dorsalmente, possuem úlceras por pressão.<sup>6</sup>

## CUIDADOS COM A PELE

A pele e os tecidos devem ser analisados por completo antes da pronação e após a supinação.<sup>6</sup> Também, na admissão e na alta do paciente na unidade de terapia intensiva, deve-se ter o cuidado de avaliar os pontos de pressão e presentes lesões.<sup>6</sup> Ao constatá-las, um tratamento precoce é apontado como relevante e mais efetivo para a recuperação.<sup>6</sup>

Observa-se que a limpeza e a hidratação da pele do paciente são essenciais.<sup>6</sup> A remoção da sujeira e de outras substâncias indesejadas é necessária para diminuir as forças de atrito.<sup>6</sup> Ao mesmo tempo, a higiene exagerada também é uma questão que deve se atentar, por poder levar a desidratação e possíveis danos nas funções de hidratação e proteção da pele.<sup>6</sup>

O uso de curativos como hidrocolóides, almofadas de espuma, filme transparente, gel e silicone, em vários estudos, são apontados como significativamente benéficos para a proteção da pele por evitar a pressão e danificação da pele.<sup>5</sup>

## **MANIPULAÇÃO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS**

A presença de dispositivos médicos conectados ao paciente é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão, visto que é analisado calor, umidade e pressão entre eles e a pele.<sup>2,6</sup>

Nos pacientes conectados a esses dispositivos é recomendado uma avaliação mais frequente, pelo menos duas vezes ao dia, na área de interação com a pele.<sup>6,7</sup> Além disso, é indicado a remoção e manuseio com segurança desses equipamentos para uma melhor visualização e exame da região subjacente.<sup>6,7</sup>

## **SUORTE DE REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO E DISPOSITIVOS DE POSICIONAMENTO**

As superfícies de apoio são dispositivos, como colchões e equipamentos relacionados, apoios de calcanhar e almofadas para cadeiras e/ou cadeira de rodas, indicados para redistribuir a pressão corporal.<sup>5</sup> Além de evitarem a deformação do tecido em risco, proporcionam uma melhor perfusão sanguínea.<sup>7</sup>

## **NUTRIÇÃO**

A nutrição desempenha papel fundamental na diminuição da suscetibilidade a lesões por pressão.<sup>3,4</sup> Se essa estiver prejudicada, observa-se uma pior cicatrização de feridas, perda de peso, imunossupressão e diminuição da síntese de colágeno e da resistência à tração.<sup>7</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na presente revisão de literatura foi possível observar a importância da prevenção das lesões por pressão nas unidades de terapia intensiva. Levando em consideração as evidências científicas analisadas, o reposicionamento, o manejo

correto dos dispositivos médicos, o cuidado atento com a pele do paciente, o uso de superfícies de apoio e a nutrição adequada são as estratégias mais promissoras no combate ao desenvolvimento dessas lesões.

## REFERÊNCIAS

1. Brown J. The role of dressings in the prevention of pressure ulcers. *British Journal of Nursing*. 2016 Aug 11;25(15):S6–12.
2. Barakat-Johnson M, Lai M, Wand T, Li M, White K, Coyer F. The incidence and prevalence of medical device-related pressure ulcers in intensive care: a systematic review. *Journal of Wound Care*. 2019 Aug 2;28(8):512–21.
3. Cummins KA, Watters R, Leming-Lee T 'Susie'. Reducing Pressure Injuries in the Pediatric Intensive Care Unit. *Nursing Clinics of North America* [Internet]. 2019 Mar [cited 2020 Jan 28];54(1):127–40. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029646518300963>.
4. Tayyib N, Coyer F. Effectiveness of Pressure Ulcer Prevention Strategies for Adult Patients in Intensive Care Units: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016 Oct 6;13(6):432–44.
5. Chou R, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Starmer AJ, Reitel K, et al. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2013 Jul 2 [cited 2019 Nov 22];159(1):28. Available from: <https://annals.org/aim/fullarticle/1700643/pressure-ulcer-risk-assessment-prevention-systematic-comparative-effectiveness-review>.
6. Moore Z, Patton D, Avsar P, McEvoy NL, Curley G, Budri A, et al. Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency. *Journal of Wound Care*. 2020 Jun 2;29(6):312–20.
7. Hajhosseini B, Longaker MT, Gurtner GC. Pressure Injury. *Annals of Surgery*. 2020 Apr;271(4):671–9.

8. Avsar P, Moore Z, Patton D, O'Connor T, Budri AM, Nugent L. Repositioning for preventing pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Wound Care*. 2020 Sep 2;29(9):496–508.

## **PRINCIPAIS FATORES QUE INDUZEM A INDICAÇÃO DA ESPIRONOLACTONA NO TRATAMENTO DA ACNE EM MULHERES ADULTAS**

**Autores:** Julliana F. Camara<sup>1</sup>, Isabella T. Wintruff<sup>1</sup>, Thiago Z. Lima<sup>2</sup>, Edgar Maquigussa<sup>3</sup>

1. Discente do curso de Medicina da UNIMES, 2. Instituto do Cérebro da UFRN, 3. Docente do curso de Medicina e Orientador do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde e Meio Ambiente da UNIMES.

**Palavras-chave:** Acne; espirolactona; automedicação

### **Introdução**

A acne afeta cerca de 85% da população entre 12 a 25 anos, acometendo principalmente adolescentes, porém, indivíduos acima de 35 anos também podem sofrer com a pele acneica <sup>[1]</sup>.

O tratamento inicial da acne é realizado através de medicamentos tópicos ou orais. Entretanto, existem outras classes de medicamentos que são utilizados no tratamento da acne, entre eles, a espironolactona [2].

A espironolactona é classicamente utilizada como diurético, entretanto, esse fármaco também é utilizado como "off-label" no tratamento de acne. A espironolactona possui um potente caráter antiandrogênico, diminuindo a produção de testosterona e inibindo, competitivamente sua ligação com receptores androgênicos na pele. Estudos demonstram eficácia do medicamento no tratamento da acne. Entretanto, devido ao fácil acesso e ao custo desse medicamento, observa-se um uso indiscriminado da espironolactona no tratamento da acne em mulheres [3].

## **Objetivo**

Avaliar os fatores associados com o uso da espironolactona no tratamento da acne em mulheres adultas.

## **Metodologia**

Estudo transversal retrospectivo descritivo, com análise quantitativa dos dados coletados, através da aplicação de questionário sobre dados socioeconômicos e relacionados com 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 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.



Foram realizadas análises exploratórias para desvendar padrões de efeitos e associações. A significância estatística das associações foi testada pelo teste de Wald. Para fins inferenciais, os valores de p foram contrastados com o nível de significância usual  $p = 0,05$ .

## Resultados

A amostra foi composta por 537 respondentes do questionário, e predominantemente composta por adultos jovens (20 – 27 anos). Todas as entrevistadas relataram queixas devido à pele acneica.

De toda a amostra, 310 (57,73%) entrevistadas declararam estar naquele momento em tratamento para acne. A maioria (87,78%) das participantes relatou já ter tomado pelo menos um medicamento para tratar a acne. O anticoncepcional oral foi a classe de medicamentos mais prevalente (56,80%), seguida da espironolactona, que foi utilizada por 40,78% participantes. A maioria das entrevistadas (59,78%) não tinha conhecimento prévio sobre o uso da espironolactona no tratamento da acne.

Dentre as mulheres que já fizeram uso da espironolactona, 204 (93,15%) entrevistadas afirmaram que o medicamento foi prescrito por um médico. Além disso, 170 (77,63%) das mulheres declararam ter benefícios no tratamento. Por outro lado, os efeitos colaterais também foram uma desvantagem comum do uso da espironolactona. O aumento do volume urinário (45,66%) foi a queixa mais prevalente, seguida de tontura (24,20%) e irregularidade do ciclo menstrual (22,37%).

Das mulheres que já fizeram uso de espironolactona, 58 (26,48%) declararam já ter indicado a espironolactona para uma amiga ou conhecida. Em contraste, tal proporção (1,57%) foi considerada consideravelmente menor entre os entrevistados que não utilizaram a espironolactona. Assim, a associação entre o uso de espironolactona e sua recomendação mostrou-se de significância estatística (teste de Wald: estimativa de coef = 3,1158)

Com relação aos fatores que influenciam a probabilidade das mulheres em recomendar a espironolactona. Verificou-se que a probabilidade de indicar a espironolactona depende da percepção de benefícios do tratamento com esse

medicamento, sendo tal associação sustentada por sua significância estatística (teste de Wald: estimativa de coef = 1,4589).

Além disso, a recomendação de espironolactona também foi estimada como associada a uma possível pesquisa sobre esse medicamento realizada pelo paciente antes do início do tratamento (teste de Wald: estimativa de coef = 0,7135). Por fim, a ocorrência de efeitos colaterais após o tratamento com espironolactona, afetando particularmente a regularidade do ciclo menstrual, também parece influenciar a probabilidade de recomendar tal medicamento a um amigo ou conhecido. Nesse contexto, as chances de recomendar a espironolactona reduziram 54,51% (odds ratio = 0,454935) se houvesse queixa de irregularidade do ciclo menstrual com o uso da espironolactona.

## Discussão

Diversos estudos demonstram a eficácia da espironolactona para o tratamento da acne, o que foi comprovado nesse estudo. Apesar da espironolactona não depender de prescrição médica, a maioria das mulheres utilizaram esse medicamento após uma consulta com um médico especialista. Porém, destaca-se que do subconjunto de mulheres que tomaram a espironolactona, 26,48% declaram já terem indicado essa medicação para alguma amiga ou familiar.

Este estudo observou que a condição primordial para a recomendação da espironolactona para outras pessoas foi a utilização prévia desse medicamento. A interrupção do tratamento afeta diretamente a percepção de benefícios e a recomendação do medicamento [4].

Ainda que a espironolactona apresente efeitos positivos no tratamento da acne, os efeitos colaterais são desvantagens e fatores importantes para a descontinuação do tratamento. Esses efeitos adversos, apesar de serem bem tolerados, são decorrentes da ação antiandrogênica e diurética do medicamento. Além disso, a recomendação da espironolactona também tem relação com a duração do tratamento, que aumenta a percepção dos benefícios e conseqüentemente aumenta a probabilidade de recomendação [5].

Entretanto, todo medicamento precisa ser prescrito por um médico especialista, e apesar da melhora observada pelas entrevistadas no tratamento da acne, existem efeitos colaterais que precisam ser avaliados. Dessa forma, é necessária uma maior conscientização da população sobre a automedicação, especificamente, sobre o uso da espironolactona no tratamento da acne.

## Conclusão

A espironolactona é a segunda classe de medicamento utilizado para o tratamento de acne em mulheres, resultando em uma maior tendência em indicar esse medicamento para amigos ou familiares. A probabilidade da mulher indicar esse medicamento está associada com a melhora que o medicamento causou, a uma pesquisa prévia sobre o medicamento, e se não causou efeito colateral.

## Referências

1. Bergfeld WF, et al. The pathophysiology of acne vulgaris in children and adolescents. Part 1. *Cutis*. 2004;74:92–7.
2. 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.
3. 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.
4. Garg V, Choi JK, James WD, Barbieri JS. Long-term use of spironolactone for acne in women: A case series of 403 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020; 84(5):1348–1355.
5. Alison ML, Heather W, James QR, et al. Oral Spironolactone for Acne Vulgaris in Adult Females: A Hybrid Systematic Review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2017;18: 169-191.

## **“GRAVIDEZ ECTÓPICA TUBÁRIA: UM RISCO À FERTILIDADE?”**

Alicia Mendes Cardoso<sup>1</sup>, Beatriz Silva Assis<sup>1</sup>, Luiza Serra Carvalho Moura<sup>1</sup>, Tabatha Leal Cardoso<sup>1</sup>, Kamilla Mayr Martins Sá<sup>1</sup>, Bruna Marquez Rodrigues de Paula<sup>1</sup>, Gerson Aranha<sup>2</sup>.

1. Estudantes do curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

2. Docente da disciplina de Saúde da Mulher do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

**E-mail da autora principal para contato:** luluserramoura@gmail.com

**Introdução:** A gravidez ectópica é uma gravidez que ocorre fora do útero sendo a trompa de Falópio o local mais comum de implantação.<sup>1</sup> Contudo, 10% ocorre

no colo do útero, ovário, miométrio, porção intersticial da trompa de Falópio, cavidade abdominal ou dentro de uma cicatriz de cesariana.<sup>2</sup> Os sintomas incluem dor pélvica, sangramento vaginal e atraso menstrual. No entanto, eles podem estar ausentes até a ruptura ou passar despercebidos.<sup>1</sup>

Essa condição pode ser tratada com êxito, se detectada precocemente, com cirurgia minimamente invasiva ou tratamento com metotrexato. Porém, em gestantes com saúde instável, é uma emergência médica e requer intervenção cirúrgica imediata.<sup>2,3</sup>

Os procedimentos cirúrgicos são a salpingotomia e a salpingectomia, sendo aquele o procedimento de escolha em caso de patologia na trompa contralateral e desejo de fertilidade futura.<sup>4</sup>

**Palavras-chaves:** gravidez ectópica tubária; salpingectomia; salpingotomia; fertilidade.

**Objetivo:** De acordo com a literatura, avaliar tratamento da gravidez ectópica tubária e a fertilidade feminina após sua resolução.

**Metodologia:** Foi realizada busca nas bases de dados, em 2021, no Medline (via PubMed) e Scielo (via Embase). Foram utilizadas como MeSh terms e seus sinônimos: "ectopic pregnancy", "tubal ectopic pregnancy" e "fertility". Foram encontrados 49 artigos e destes, foram selecionados 7. Os critérios de inclusão foram: estudos observacionais tais como relatos de caso, coorte, caso controle, série de casos, ensaios clínicos randomizados, dos quais 42 foram excluídos por fuga do tema e/ou metodologia inadequada.

**Discussão:** A gravidez ectópica (EP) é a implantação do embrião fora do útero e 90% dos casos ocorre na tuba uterina predominantemente na ampola<sup>2</sup>; porém, podem ocorrer no colo do útero, ovário, miométrio, porção intersticial da tuba uterina, cavidade abdominal ou dentro de uma cicatriz de cesariana.<sup>1</sup> A EP pode ser fatal, sobretudo no primeiro trimestre de gravidez, e acomete de 1 a 2% das gestações <sup>2</sup>. Ademais, trata-se de um fator de risco para mulheres com histórico de infertilidade e em casos de salpingotomia realizada em decorrência de uma

gravidez ectópica anterior.  
menos provável em mulheres múltíparas.<sup>3</sup>

Por outro lado, apresenta-se

O diagnóstico inicia-se com a identificação de gravidez em uma localização desconhecida: um  $\beta$ -hCG positivo sem achados no ultrassom indicativos de gravidez intrauterina. O manejo clínico mais comum é a administração de Metotrexato (MTX) em uma, duas ou múltiplas doses e a biópsia uterina pode ser considerada para confirmar o diagnóstico e evitar a exposição desnecessária dessas pacientes ao MTX. O tratamento cirúrgico é indicado para mulheres com contraindicações ao tratamento medicamentoso ou quando há ruptura; são eles: salpingectomia e salpingotomia. Além disso, o "expectant management" (esperar que de maneira fisiológica o organismo expulse o feto) é uma opção.<sup>2</sup>

A salpingectomia laparoscópica (radical) consiste na remoção da trompa e possui taxas similares quando comparada à salpingotomia em relação a gravidez intrauterina subsequentes e EP recorrente. Já na salpingotomia laparoscópica (conservadora) retira-se apenas uma parte da trompa. Após o procedimento é necessário dosar o  $\beta$ -hCG para certificar-se de que não há tecido trofoblástico persistente; a administração de uma dose de MXT intratubário durante ou após mostrou-se eficiente em diminuir esse risco.<sup>2,4</sup>

Uma das alternativas quando a mulher apresenta infertilidade por gravidez ectópica tubária é a fertilização in vitro (FIV). A incidência de nascimento vivo por FIV independe do tipo de gravidez anterior e o histórico de gravidez ectópica tubária não determina as chances de nascidos vivos.<sup>5</sup>

A escolha entre salpingotomia e salpingectomia depende de vários fatores: idade, condição da tuba uterina, níveis de  $\beta$ -hCG e o desejo de fertilidade. Nesse sentido, estudos indicam a salpingotomia para as pacientes que têm o desejo de engravidar no futuro, especialmente em danos bilaterais. Já a salpingectomia costuma ser o método adotado quando a mulher apresenta rompimento, danos intensos ou sangramento incontrolável da tuba uterina.<sup>4</sup> Assim, em relação ao rompimento da tuba uterina, estudos demonstram que não há redução da probabilidade de uma gravidez intrauterina para as pacientes no prazo de 12



meses; mesmo nos casos de comorbidades associadas à esse tipo de gravidez ectópica, as taxas de gravidez intrauterina posteriores, aparentemente, também não são afetadas quando comparada as gravidezes ectópica tubária não rompidas.<sup>6,7</sup>

Outrossim, estudos indicam que nos casos de tuba contralateral saudável, a mulher apresenta, após salpingectomia ou salpingotomia, fertilidade em taxas semelhantes à longo prazo - nesse caso, indica-se uma salpingectomia.<sup>4</sup> Porém, é preciso considerar a fertilidade pós-operatória e a função ovariana para determinar o procedimento cirúrgico, visto que embora o procedimento em si, aparentemente, não afete de forma discrepante a fertilidade quando comparados, ainda apresentam complicações: a salpingotomia pode originar um quadro complicado nos casos de gravidez ectópica tubária de repetição.<sup>4</sup> Ademais, alguns estudos indicam não haver diferença estatística na probabilidade de gravidez intrauterina após uso da terapia médica quando comparado com a salpingotomia e salpingectomia, além dela também poder precaver dano tubário extra.<sup>6,7</sup>

**Conclusão:** A gravidez ectópica tubária é uma condição incompatível com a vida do embrião e potencialmente fatal para a mulher no primeiro trimestre gestacional. O diagnóstico é dado a partir do  $\beta$ -hCG positivo sem achados na ultrassonografia. O tratamento pode ser medicamentoso (metotrexato), ou cirúrgico, com retirada do embrião e reconstrução da tuba uterina. Os métodos cirúrgicos são salpingectomia ou salpingotomia laparoscópicas, sendo este menos invasivo e preferencial para pacientes com desejo de fertilidade futura. A gravidez ectópica tubária deve ser diagnosticada com antecedência, já que é um fator de risco para a fertilidade feminina e futuras gestações.

### Referências:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol [PubMed]*. 2018; 131(3):e91-e103. Erratum in: *Obstet Gynecol*. 2019;133(5):1059.

2. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract* [PubMed]. 2015 15;1:15.
3. Zhang D, Shi W, Li C, Yuan JJ, Xia W, Xue RH, Sun J, Zhang J. Risk factors for recurrent ectopic pregnancy: a case-control study. *BJOG* [PubMed]. 2016;123 Suppl 3:82-9.
4. Cheng X, Tian X, Yan Z, Jia M, Deng J, Wang Y, Fan D. Comparison of the Fertility Outcome of Salpingotomy and Salpingectomy in Women with Tubal Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* [PubMed]. 2016;11(3):e0152343.
5. Cai H, Mol BW, Li P, Liu X, Watrelot A, Shi J. Tubal factor infertility with prior ectopic pregnancy: a double whammy? A retrospective cohort study of 2,892 women. *Fertil Steril* [PubMed]. 2020; 113(5):1032-1038.
6. Perlman BE, Guerrero K, Karsalia R, Heller DS. Reproductive outcomes following a ruptured ectopic pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [PubMed]. 2020; 25(3):206-208.
7. Ozcan MCH, Wilson JR, Frishman GN. A Systematic Review and Meta-analysis of Surgical Treatment of Ectopic Pregnancy with Salpingectomy versus Salpingostomy. *J Minim Invasive Gynecol* [PubMed]. 2021;28(3):656-667.

## **COVID-19 EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Fernanda Gonçalves de Carvalho<sup>1</sup>, Larissa Garrigos Saturnino<sup>1</sup>, Maria Luiza Samia Ventura<sup>2</sup>, Ana Luiza Cabrera Martimbianco<sup>3</sup>, Elizabeth B. Oliveira-Sales<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

<sup>2</sup>Aluna do Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos.

<sup>3</sup>Profa. Adjunta do Curso de Medicina e da Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

E-mail: fegcarvalho08@outlook.com

## INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China<sup>1</sup>. Idade e comorbidades, incluindo, notavelmente, hipertensão, diabetes e doença coronariana são os principais fatores de risco para evolução grave da infecção pelo SARS-CoV-2<sup>2</sup>. Numerosos receptores na membrana celular do ser humano foram identificados até o momento, incluindo a enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2)<sup>3,4</sup>. As doenças cardiovasculares (DCVs) estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade nos Estados Unidos e no Brasil<sup>5</sup>. Indivíduos infectados com SARS-CoV-2 exibem comorbidades como hipertensão arterial, diabetes e doença cardio-cerebrovascular<sup>6</sup>.

## OBJETIVO

Realizar um mapeamento da literatura em busca de evidências sobre o impacto da COVID-19 em pacientes que apresentam doenças cardiovasculares.

## METODOLOGIA

Trata-se de um mapeamento da literatura e síntese de evidências. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos que mencionaram as doenças cardiovasculares como preditivo na infecção pelo SARS-CoV-2 e artigos de revisão. Foram realizadas buscas amplas e sensíveis na base de dados eletrônica Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via PubMed). Essa busca foi realizada em março de 2021 e não houve restrição de data ou idioma. As referências obtidas por meio das estratégias de busca foram exportadas para a plataforma Rayyan<sup>7</sup> para seleção, a partir dos títulos e resumos, realizada por dois autores de forma independente e um terceiro autor para resolver as divergências. Os estudos incluídos tiveram seus dados extraídos, considerando as seguintes características: participantes, tipos de estudos, metodologia, desfechos e resultados. Os dados dos estudos incluídos foram avaliados e sintetizados sob a forma de tabela e foram demonstrados de forma narrativa.

## RESULTADOS

A busca na base de dados resultou em 289 referências, após exclusão de 283 estudos que não preencheram os critérios de elegibilidade, seis foram incluídos para análise. A **Tabela 1** apresenta as principais características dos seis estudos incluídos.

**Tabela 1.** Caracterização das publicações (autor/ ano, título, desenho de estudo e periódico).

<b>Autor/ Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Desenho de Estudo</b>	<b>Periódico</b>
Li B <i>et al.</i> , 2020	Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China.	Revisão Sistemática	Clinical Research in Cardiology
Dou Q <i>et al.</i> , 2020	Cardiovascular Manifestations and Mechanisms in Patients with COVID-19.	Revisão Sistemática	Trends Endocrinol Metab.
Singh AK <i>et al.</i> , 2020	Comorbidities in COVID-19: Outcomes in hypertensive cohort and controversies with renin angiotensin system blockers.	Revisão Sistemática	Diabetes Metab Syndrome: Clinical Research and Reviews
Hariyanto T & Kurniawan A, 2020	Dyslipidemia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection.	Revisão Sistemática	Diabetes Metab Syndrome: Clinical Research and Reviews
Costa F <i>et al.</i> , 2020	Metabolic syndrome and COVID-19: An update on the associated comorbidities and proposed therapies.	Revisão Sistemática	Diabetes Metab Syndrome: Clinical Research and Reviews

Hessami A Cardiovascular diseases  
*et al.*, 2020 burden in COVID-19:  
Systematic review and  
meta-analysis.

Revisão  
Sistemática

American Journal of  
Emergency Medicine

---

Dentre os estudos analisados, Li B e colaboradores (2020) realizaram uma revisão sistemática incluindo seis estudos que descreveram características epidemiológicas e clínicas dos casos de COVID-19. Os estudos identificados mostraram que as comorbidades metabólicas e cardiovasculares mais prevalentes foram hipertensão arterial (17,1%, Intervalo de Confiança [IC] 95% 9,9-24,4%) e doença cardio-cerebrovascular (16,4%, IC 95% 6,6-26,1%), seguido por diabetes mellitus (9,7%, IC 95% 6,9–12,5%). Os resultados dos três estudos incluídos (com um total de 1.278 pacientes) mostraram que a hipertensão arterial representou 28,8% das UTI /casos graves, mas 14,1% dos casos não UTI / graves. O que pode ser afirmado, segundo Li B, et al (2020) é que os pacientes com hipertensão arterial, doenças cardiovasculares ou diabetes parecem ter maior probabilidade de desenvolver casos graves / UTI após infecção por SARS-CoV-2<sup>6</sup>.

O estudo de Dou Q e colaboradores (2020) realizou uma revisão sistemática sobre as manifestações cardiovasculares e mecanismos da COVID-19. A taxa de mortalidade da COVID-19 foi 13,2% entre pacientes com DCV preexistente. Entre os pacientes internados com COVID-19, a prevalência de comorbidades cardiovasculares variou entre 17,1% e 59,6%<sup>8</sup>.

Adicionalmente, na revisão sistemática realizada por Singh AK e colaboradores (2020), demonstraram que as comorbidades mais comuns em pacientes com COVID-19 foram hipertensão arterial, diabetes e presença de DCV. Também nessa revisão foi mostrada uma taxa de letalidade (CFR) de 2,3% (1.023 óbitos entre 44.672 casos confirmados), a qual foi elevada para 6,0% para aqueles indivíduos portadores de hipertensão arterial, 7,3% para diabetes e 10,5% para presença de DCV<sup>9</sup>.

A revisão sistemática de Hariyanto T & Kurniawan A (2020) mostrou associação relevante de dislipidemia e COVID-19 grave. Pacientes com dislipidemia têm altos níveis de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) que pode

interagir com macrófagos em placas ateroscleróticas, este processo pode aumentar a expressão de genes inflamatórios<sup>10</sup>.

Sobre obesidade, a revisão sistemática realizada por Costa F e colaboradores (2020) relatou que essa condição parece gerar um estado inflamatório crônico levando a uma resposta imune atrasada e inferior. Ademais, a memória imunológica desses pacientes é ruim, o que gera prejuízos em sua resposta adaptativa à doença e na imunização<sup>11</sup>.

De acordo com a revisão sistemática de Hassami A e colaboradores (2020), as doenças associadas à admissão na UTI em pacientes com COVID-19 foram: doença arterial coronariana, doença cardiovascular, hipertensão arterial, dentre outras. Portanto, concluíram que a alta prevalência de DCVs em pacientes com COVID-19 está associada significativamente com a mortalidade e internação em UTI<sup>12</sup>.

## CONCLUSÃO

As evidências encontradas mostraram que os pacientes com COVID-19, os quais possuem doenças cardiovasculares prévias, aumentam demasiadamente as chances de serem internados, com potencial de agravar e levar à morte por SARS-CoV-2. Dessa forma, é importante a monitorização constante do estado de saúde desses pacientes, a fim de fazerem o uso correto de suas medicações e reduzir a chance de possíveis complicações.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [acesso em 18 jul 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org>.
2. Gautret P, Million M, Jarrot PA, et al. Natural history of COVID-19 and therapeutic options. *Expert Review of Clinical Immunology*. 2020 Nov 4; 16(12): 1159-1184.
3. Segars J, Katler Q, McQueen D, et al. Prior and novel coronaviruses, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), and human reproduction: what is known?. 2020 Jun; 113: 1140-1149.



4. Pollard CA, Morran MP, Nestor-Kalinowski AL. The COVID-19 Pandemic: A Global Health Crisis. 2020 Nov 1; 52(11):549-557.
5. Aggarwal G, Cheruiyot I, Aggarwal S, et al. Association of Cardiovascular Disease With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Severity: A Meta-Analysis. 2020 Aug; 45: 100617.
6. Li B, Yang J, Zhao F, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clinical Research in Cardiology*. 2020 Mar 2; 109: 531-538.
7. Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 5, 210 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
8. Dou Q, Wei X, Zhou K, et al. Cardiovascular Manifestations and Mechanisms in Patients with COVID-19. *Trends Endocrinol Metab*. 2020 Dec; 31(12): 893–904.
9. Singh AK, Gupta R, Misra A. Comorbidities in COVID-19: Outcomes in hypertensive cohort and controversies with renin angiotensin system blockers. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Mar 28; 12: 283-287.
10. Hariyanto TI, Kurniawan A. Dyslipidemia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Jul 30; 14: 1463-1465.
11. Costa FF, Rosário WR, Farias ACR, et al. Metabolic syndrome and COVID-19: An update on the associated comorbidities and proposed therapies. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Jun 8; 14: 809-814.
12. Hessami A, Shamshirian A, Heydari K, et al. Cardiovascular diseases burden in COVID-19: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Emergency Medicine*. 2020 Oct 11; 46: 382-391.

**Palavras-chave:** SARS-CoV-2; COVID-19; Doenças cardiovasculares.

## PÉ DIABÉTICO

Larissa Garrigos Saturnino<sup>1</sup>, Fernanda Gonçalves de Carvalho<sup>1</sup>, Isabela Hobeika Hatem<sup>1</sup>, Maria Julia Freitas Schneider<sup>1</sup>, Paulo Peixoto do Nascimento<sup>1</sup>, Thainá Louise Rodrigues<sup>1</sup> Paulo Maccagnan<sup>2</sup>.

1- Acadêmico (a) de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES);  
2- Professor Titular de Endocrinologia, UNIMES.

e-mail do autor: [larigarrigos@gmail.com](mailto:larigarrigos@gmail.com)

### **Introdução:**

Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um grupo de distúrbios metabólicos que compartilham o fenótipo da hiperglicemia. Se mal controlado, favorecem

complicações incapacitantes, destacando-se o pé diabético.<sup>1,2</sup> É caracterizada por alterações neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas que podem ocorrer nos pés. As úlceras e as infecções estão entre as complicações mais comuns, ocorrendo em áreas que apresentam traumas repetitivos e sensações de pressão, e constituem os principais fatores envolvidos na amputação do membro inferior.<sup>4,5,6</sup> Desta forma, enfatiza-se a necessidade do controle glicêmico e de medidas de prevenção.<sup>1,2,3,5,7,8</sup>

### **Objetivos:**

Revisar e analisar a ocorrência de pé diabético em portadores de DM.

### **Métodos:**

O estudo não foi submetido ao comitê de Ética em pesquisa. Trata-se de uma revisão bibliográfica a partir das bases de dados: Pubmed/MedLine, Scielo e Science Direct utilizando os principais estudos publicados sobre publicados sobre Pé Diabético. A busca foi realizada em outubro de 2021, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs/Bireme): "Diabetes Mellitus", "Complicações Diabéticas", "Infecção" e "Pé Diabético".

A busca envolveu artigos na língua inglesa e portuguesa publicados em 2019 a 2021, utilizando relatos de caso, ensaios clínicos, artigos de revisão e metanálises.

### **Resultados/Desenvolvimento:**

Pontes et al (2020) realizou uma amostra com 105 pacientes portadores de pé diabético infectado que demandam tratamento cirúrgico, a partir da coleta de material biológico para análise microbiológica. Constatou-se que um pouco mais da metade dos pacientes foi submetido a amputações menores, ou seja, preservou-se o calcanhar, 40% submetidos à desbridamento cirúrgico e 6,5% a amputações maiores, apresentando 4,8% de óbitos cuja causa mais provável foi o choque séptico. Entre as 105 amostras colhidas de tecidos fragmentados 95% foram positivas, com prevalência de bactérias Gram-negativas da família Enterobacteriaceae (51,5%) e baixa incidência da família Pseudomonadaceae (4,2%). Das bactérias Gram-positivas isoladas prevaleceram germes das famílias

Staphylococcus e Enterococcus. Mas por outro lado, os germes mais isolados neste estudo foram *S. aureus* (20%) e *Enterococcus faecalis* (17,9), cocos Gram-positivos. Dos Gram-negativos temos *Proteus mirabilis* (12,6%), *Klebsiella pneumoniae* (10,5%) e *Pseudomonas aeruginosa* (4,2%).<sup>9</sup>

Brito et al (2020) efetuaram uma pesquisa a fim de observar alterações sensório-motoras em pacientes com diabetes mellitus, pois a neuropatia diabética é uma complicação que afeta diretamente o sistema nervoso periférico sensorial motor e autônomo levando a perda da sensibilidade dolorosa que resulta em atrofia muscular e grande probabilidade de úlceras nos pés. O estudo teve 102 participantes e constatou 40 pessoas (39,2%) que tiveram alteração sensório motora por meio do teste com monofilamento de 10g, diante disso foi visto que essa alteração era maior quando associada a algum fator, entre esses fatores temos pacientes com mais de 10 anos de doença ( $p=0,035$ ) que nunca tiveram os pés avaliados ( $p=0,003$ ).<sup>10</sup>

O estudo de *Ugwu et al*, concluiu que os preditores de amputação de membros inferiores foram duração de úlcera, doença arterial periférica, úlcera de grau maior ou igual a 4 de Wagner, infecção, proteinúria, leucocitose e osteomielite.<sup>11</sup>

No estudo de *Lavoie et al*, o rastreamento de fatores de risco de úlceras como o histórico de úlcera, presença de neuropatia sensorial, pulsos anormais, doença vascular periférica, idade acima de 65 anos são relevantes para a prevenção do pé diabético.<sup>12</sup>

## Conclusão

Os aspectos sociodemográficos, clínicos e de autocuidado interferem no risco de desenvolvimento do pé diabético, desta forma é necessário o rastreamento e as intervenções educativas eficientes para portadores de diabetes mellitus na Atenção Primária. O manejo apropriado dos problemas que podem causar o pé diabético começa com uma avaliação clínica apropriada que permite iniciar o tratamento. O ênfase principal deve ser focado em estratégias de prevenção, especialmente na educação do paciente, em exames periódicos

e comunicação entre o paciente e um time multidisciplinar envolvido no tratamento das desordens do pé diabético.

### Referências:

1. Fernandes FCGM, Santos EGL, Morais JFG, et al. The care of feet and prevention of ulcers in diabetic patients in Brazil. *Cad. saúde colet.* 2020; 28(2).
2. Perdomo CR, Romero A.P, Vélez MR. Conhecimentos e práticas para a prevenção do pé diabético. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019; 40.
3. Lira JAC, Nogueira LT, Oliveira BMA, et al. Fatores associados ao risco de pé diabético em pessoas com diabetes mellitus na Atenção Primária. *Rev. esc.enferm.* 2021; 55.
4. Ferreira RC. Diabetic Foot. Part 1: Ulcers and Infections. *Rev.bras.ortop.* 2020; 55(4).
5. Lane KL, Abusamaan MS, Voss BF, et al. Glycemic control and diabetic foot ulcer outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Diabetes and its Complications.* 2020; 34(10): 107638.
6. Oliver TI, Mutluoglu M. Diabetic Foot Ulcer. In *StatPearls.* 2021.
7. Soares MM, Lima JV, Martiniano J. et al. A systematic review with meta-analysis of the impact of access and quality of diabetic foot care delivery in preventing lower extremity amputation. *Journal of Diabetes and its Complications.* 2021; 35(4): 107837.
8. Crawford F, Nicolson D, Amanna A.E, et al. Preventing foot ulceration in diabetes: systematic review and meta-analyses of RCT data. *Diabetologia.* 2020; 63(1): 49-64.
9. Pontes DG, Cavalcante LP. Microbiologic characteristics and antibiotic resistance rates of diabetic foot infections. *Rev.Col.Bras.Cir.* 2020; 47.
10. Brito JFP, Oliveira AC, Sousa LS, et al. Sensorimotor alterations and associated factors in diabetes mellitus patients. *Texto contexto-enferme.* 2020; 29.
11. Ugwu E, Adeleye O, Gezawa I, et al. Predictors of lower extremity amputation in patients with diabetic foot ulcer: findings from MEDFUN, a multi-center observational study. *J Food Ankle Res.* 2019; 12:34.

12. Lavoie HMM, Ramsey

A, Nguyen M, Singh S.

Diabetic Foot Infections. StatPearls Publishing. 2021.

**Palavras Chave:** Pé Diabético. Diabetes Mellitus. Infecção. Complicações Diabéticas.

## **MANEJO NUTROLÓGICO EM PACIENTE GRAVE COM COVID-19**

ALEXIA URIADENIK DOBROSKI BASTOS, CAROLINA NARITA, GABRIELA RESENDE DA SILVA, IANE ROCHA HOLANDA, LETÍCIA COELHO DE ABREU, LETÍCIA FERNANDES LIPORONI MARTINS, ULISSES KISKISSIAN MARTINS

Orientação: Dra. Marilene Kiskissian Martins e Dra. Ieda

Marian Berriel de Abreu Trombino

### **1. PALAVRAS-CHAVE**

Covid-19; Manejo Nutricional; Nutrição Enteral; Obesidade

### **2. INTRODUÇÃO**

A COVID-19 é uma doença causada pelo SARS-CoV-2, nos quais idade superior a 60 anos, obesidade, doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus tipo 2, implicam



em uma maior probabilidade de evolução para um quadro grave que necessite de internação, por um período extenso.<sup>1</sup>

Porém, a internação prolongada e a má nutrição podem levar a um quadro de sarcopenia, uma doença muscular esquelética progressiva e generalizada que envolve perda muscular, diminuição da massa muscular e perda da capacidade funcional<sup>2</sup>.

A terapia nutricional (TN) adequada pode amenizar esses quadros secundários, devendo-se realizar uma triagem nutricional para a avaliação de risco nutricional, o "Nutritional Risk Screening" (NRS – 2002), a fim de sinalizar uma avaliação nutricional mais completa dos pacientes.<sup>2</sup> Uma vez que não for suficiente para atingir as necessidades nutricionais diárias do paciente via oral mesmo com a suplementação, a TN enteral e/ou parenteral deverá ser iniciada.<sup>3</sup>

### **3. OBJETIVO**

Descrever a classificação do estado nutricional e os indicadores de risco nutricional no paciente grave com COVID-19, destacando o manejo nutricional na UTI.

### **4. METODOLOGIA**

As informações foram obtidas através do prontuário do paciente e da revisão da literatura na base de dados MedLine via PubMed. O trabalho foi submetido e aceito na Plataforma Brasil/comitê de ética com CAAE:\_\_\_ e número do parecer:\_\_\_.

### **5. RELATO DO CASO**

Paciente do gênero masculino, 50 anos de idade, natural e procedente de Santos-SP. Dentre os antecedentes pessoais, destaca-se obesidade grau I (IMC 30,7 Kg/m<sup>2</sup>).

Foi admitido no setor de infectologia da Santa Casa de Santos com tosse seca, febre não aferida e sensação de desconforto respiratório há 7 dias. Realizou o exame RT-RCP, no qual apresentou resultado positivo para SARS-CoV-2. Desse

modo, ficou internado em leito de enfermaria, sem queixas, negando dispneia e algia, com saturação de 98% e boa mecânica respiratória.

Nesse contexto, durante uma semana, o paciente ficou submetido a “dieta livre”, porém, quando devido uma dessaturação (97%), foi encaminhado ao Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A partir desse momento, além da “dieta livre” foi acrescido em sua prescrição nutricional um suplemento oral hipercalórico, hiperproteico, rico em zinco, cobre, selênio, vitaminas A, D, E, K, C, B1, B6, B12, ácido fólico e biotina, com o intuito de diminuir a sarcopenia do paciente.

Devido a um desconforto respiratório, taquidispnéia e saturação de 77% em máscara com reservatório (15L/min), o paciente foi submetido à intubação orotraqueal (IOT), mantendo-se entubado por 21 dias, sem maiores intercorrências. Nesse cenário, foi administrado ao paciente uma dieta enteral hiperproteica e associada a prolina, a qual atingiu 22% do aporte calórico e 31% da necessidade proteica diária. Ademais, foi realizado uma avaliação nutricional no paciente (tabela 1).

<b>Peso</b>	60 kg
<b>Altura</b>	1,80 m
<b>IMC</b>	18,5 Kg/m <sup>2</sup>
<b>Gasto energético total</b>	3308 Kcal
<b>Necessidade proteica</b>	119,4 g

*Tabela 1 - primeira avaliação nutricional*

Posteriormente, com a evolução positiva do quadro, o paciente teve alta do UTI e foi realizado uma segunda avaliação nutricional (tabela 2), 23 dias após a primeira. Dessa maneira, foi mantida a dieta enteral, com 54% do alvo calórico e 77% do aporte proteico, e progressivamente foi reintroduzido o suplemento oral administrado anteriormente.

<b>Peso</b>	94,1 kg
<b>Altura</b>	1,80 m
<b>IMC</b>	29,00 Kg/m <sup>2</sup>
<b>Gasto energético total</b>	3308 Kcal
<b>Necessidade proteica</b>	119,4 g

## Tabela 2 – segunda avaliação

## nutricional

Com o paciente hemodinamicamente estável foi realizado a retirada da sonda e a troca de dieta, sendo submetido a uma “dieta oral pastosa” associada ao mesmo suplemento oral. Posteriormente, o paciente foi submetido a uma terceira avaliação nutricional (tabela 3), 2 meses após a segunda, colocando-o em “dieta livre” associada ao uso de um segundo suplemento oral hiperproteico, hiperlipídico, acrescido de arginina, prolina, zinco, selênio e vitaminas A, E e C, sem adição de sacarose e isento de lactose. Assim, o paciente estava com o consumo diário de 4140 kcal e 212g de proteína, atingindo 138% de sua necessidade energética e 165% da necessidade proteica.

<b>Peso</b>	99,5kg
<b>Altura</b>	1,80 m
<b>IMC</b>	30,7 Kg/m <sup>2</sup>
<b>Gasto energético total</b>	3308 Kcal
<b>Necessidade proteica</b>	119,4 g

## Tabela 3 – terceira avaliação nutricional

Por fim, após 92 dias hospitalizado, o paciente recebeu alta.

## 6. DISCUSSÃO

A internação prolongada tem impacto direto sobre o estado nutricional do paciente.<sup>2</sup> Dentre as orientações quanto à TN é preciso incluir triagem nutricional em até 48 horas após a admissão hospitalar em todos os pacientes, além de considerar risco de desnutrição em pacientes que permanecerem por mais de 48 horas na UTI e atentar-se a pacientes com COVID-19, realizando avaliação nutricional a cada 48 horas.<sup>3</sup> Dessa maneira, observa-se que o paciente, não teve um planejamento nutricional adequado conforme sua condição.

O paciente em questão avalia-se em risco nutricional, ao considerar a perda de peso aguda (40kg em 3 meses). Assim, a permanência prolongada na UTI, agravou o quadro, ao passo que houve desnutrição com perda de massa e da função muscular esquelética, o que pode ocasionar deficiência, baixa qualidade de vida e morbidade adicional.<sup>3</sup>

É primordial considerar a TN em pacientes com COVID-19, visto que um estado pré-inflamatório e o stress respiratório estão fortemente associados a alterações do estado nutricional podendo, conseqüentemente, afetar a resposta imunitária.<sup>3</sup> Nesse cenário, o início da TN é feito por meio de Nutrição Enteral (NE) precoce 24 a 36 horas após a admissão do paciente na UTI ou 12 horas após a intubação e colocação em ventilação mecânica.<sup>3</sup>

Atualmente, recomenda-se em SARS-CoV-2 que o estado nutricional do doente seja avaliado na admissão hospitalar e que os doentes em risco nutricional recebam suporte nutricional, nomeadamente ao nível do aporte proteico através de suplementos nutricionais orais, de forma a reduzirem complicações e melhorarem o prognóstico do doente.<sup>4</sup>

A relevância do atual estudo converge com a relação da obesidade e da desnutrição com a deficiência de oligoelementos e de vitaminas, podendo influenciar o curso e o resultado de pacientes com COVID-19.<sup>4</sup> Exemplo disso, o selênio tem papel antioxidante, equilíbrio de Espécies Reativas de Oxigênio (ROS) em processos inflamatórios, há também o zinco que reduz ROS em infecções virais, o cobre que tem função na imunidade, ação antimicrobiana devido à toxicidade do cobre e também aumentar a atividade dos macrófagos na infecção pulmonar, o ácido ascórbico e as vitaminas D e E têm ação imunomoduladora, antioxidante e combate doenças crônicas degenerativas. A vitamina A tem competência imunológica e ação imunomoduladora.<sup>4</sup>

## 7. REFERÊNCIAS

1. Cruz-Jentoff AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *The Lancet*, 2019; 393(10191): 2636–2646.
2. Campos LF, Barreto PA, Ceniccola GD, Gonçalves RC, Matos LBN, Zambelli CMSF et al. Parecer BRASPEN/ AMIB para o Enfrentamento do COVID-19 em Pacientes Hospitalizados. [publicação online]; 2020 [acesso em 18 dez 2020] Disponível em <https://www.braspen.org/post/parecer-braspen-amib>.
3. [Barazzoni R](#), [Bischoff SC](#), [Breda J](#), [Wickramasinghe K](#), [Krznaric Z](#), [Nitzan D](#) et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional

- management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Elsevier Science B.V.* 2020;39(6):1-7.
4. Fedele D, De Francesco A, Riso S, Collo A. [Obesity, malnutrition, and trace element deficiency in the coronavirus disease \(COVID-19\) pandemic: An overview](#). *Nutrition*. 2021 Jan;81:111016.

## **POSSÍVEL CONSENSO SOBRE INDICAÇÕES DA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA - CPRE COM PAPILOTOMIA, E SUAS COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS: UMA REVISÃO DA LITERATURA.**

Autores: Yashmin D P Camargo<sup>1</sup>, Aira F F Amparo<sup>1</sup>, Gabriela Ramos<sup>1</sup>, Luísa Arnoni<sup>1</sup>, Raphael D I Gese<sup>1</sup>, Dr. João P Esposito<sup>2</sup>

1. Acadêmico do Curso de Medicina da UNIMES
2. Professor de Cirurgia Geral da UNIMES

Email: yashminduarte@gmail.com

**Palavras**

complicações

**Chaves:**CPRE,

papilotomia,

indicações,

## Introdução

Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), é um procedimento diagnóstico e terapêutico de doenças da papila, vias biliares e pâncreas, descrito em 1970.<sup>2,4,5,7,9,10</sup> Um endoscópio é inserido até o duodeno, cateteriza-se a Papila de Vater, seguida de injeção de contraste nas vias biliares e pancreática. Conforme indicação, secciona-se a papila, permitindo a drenagem de fluidos, extração de cálculos, dilatação de estenose e passagem de próteses.<sup>3,5,9</sup>

Devido à dificuldade, complexidade e falta de evidência, ainda não há consenso sobre suas indicações.<sup>2,3</sup> A maioria inclui diagnóstico e tratamento de: coledocolitíase, estenose da papila e drenagem biliar.<sup>1,2,4,6,7,10</sup> Embora seguro, eficaz e com estatísticas positivas, observa-se complicações graves, mais do que em outros procedimentos endoscópicos, como pancreatite, colangite, perfuração e sangramento.<sup>2,4,5,7,10-16</sup>

Indicações vêm sendo ampliadas e complicações reduzidas, devido a melhoria da técnica, dos instrumentais e das equipes.<sup>4,10</sup> Este trabalho visa revisar as indicações mais sólidas, com objetivo de chegar a um consenso sobre melhores e mais seguras aplicações do procedimento. Reúne também, as complicações mais comuns da CPRE, a fim de auxiliar a prevenção, o reconhecimento e o tratamento precoce delas.<sup>1,5</sup>

## Método

Foi pesquisado, nas bases de dados PubMed e Google acadêmico, artigos que citassem, obrigatoriamente, pelo menos uma das palavras: CPRE com papilotomia, papilotomia endoscópica, esfínterectomia endoscópica e equivalentes em inglês; associado a pelo menos: indicações, complicações e equivalentes em inglês. Selecionou-se 10 artigos que descrevessem as indicações e as complicações do procedimento, para serem analisados. A pesquisa foi



realizada entre julho de 2021  
seleção, foi realizada uma análise descritiva.

até janeiro de 2022. Após a

## Resultados

### ● Indicações

Dos artigos, foram citados: coledocolitíase em 100%<sup>1-10</sup>, em 60% deles foi a 1ª indicação;<sup>1,6-10</sup> estenose papilar (maligna ou benigna), em 90%<sup>1,3-10</sup>, em 60% é o 2º mais comum;<sup>6-10</sup> pancreatite aguda ou crônica em 60%, sem consenso sobre sua indicação;<sup>1,2,4-6,8</sup> colangite aguda (com ou sem cálculo, com colocação de stent ou cateter nasobiliar), em 40%,<sup>4,5,7,8</sup> porém não está totalmente estabelecido;<sup>4</sup> disfunção do esfíncter de Oddi em 30%, sem dados sobre a importância da indicação.<sup>2,4,5</sup> (Tabela 1)

**Tabela 1 – Citação das indicações nos artigos de referência.**

Referências	Coledocolitíase	Estenose Papilar	Pancreatite	Colangite	Disfunção do esfíncter de Oddi	Outros
1	cita (1ª indicação)	cita	cita	não	não	cita
2	cita	não	cita (1ª indicação)	não	cita	cita
3	cita	cita	não	não	não	cita
4	cita	cita	cita	cita	cita	cita
5	cita	cita	cita	cita	cita	cita
6	cita (1ª indicação)	cita (2ª indicação)	cita (3ª indicação)	não	não	cita
7	cita (1ª indicação)	cita (2ª indicação)	não	cita	não	cita
8	cita (1ª indicação)	cita (2ª indicação)	cita	cita	não	cita
9	cita (1ª indicação)	cita (2ª indicação)	não	não	não	não
10	cita (1ª indicação)	cita (2ª indicação)	não	não	não	cita
<b>Citação (%)</b>	100%	90%	60%	40%	30%	90%
<b>Ranking de indicação mais comum</b>	60% 1ª indicação	50% 2ª indicação	10% primeira, 10% terceira	sem dados	sem dados	Indicações variadas

Com baixo grau de evidência foram citados: tumor ampular em 20%;<sup>8,10</sup> biópsias (pancreáticas e do ducto biliar) em 20%;<sup>2,3</sup> inserções de stent ou de cateter em 30%;<sup>1,2,10</sup> complicações biliares pós-cirúrgicas (estenose, vazamento de bile) em 30%;<sup>4-6</sup> e estenoses biliares extra-hepáticas (colangite esclerosante primária) em 10% dos artigos.<sup>5</sup>

### ● Complicações

Nos artigos, a incidência de complicações varia de 2 a 13%, com média de 10%.<sup>5,7,12,13,16</sup> Pancreatite é unanimidade entre os estudos,<sup>2,5,7,10-15,16</sup> sendo a mais prevalente em 50% deles.<sup>2,10,11,14,15</sup> Sangramento é citado em 90%,<sup>5,7,10,11-16</sup> a 2ª mais comum em 40% deles,<sup>10,11,14,15</sup> e perfuração, citada em 60%,<sup>7,10-12,14,16</sup> a 4ª mais comum para 40% deles.<sup>7,12,14,16</sup> Aparecem também: colangite em 70% dos artigos,<sup>2,5,7,10-12,14</sup> e sepse em 30% dos estudos.<sup>5,15,16</sup> Outras complicações citadas nos artigos, sem grau de evidência, foram: icterícia, peritonite, trombose, diabetes e etc.<sup>15,16</sup> (Tabela 2)

**Tabela 2 – Complicações em suas respectivas referências.**

Referências	Nº de pacientes	Pancreatite	Sangramento	Colangite	Sepse	Perfuração	Total	Mortes
2	46	5	-	1	-	-	6 (13%)	-
5	-	cita	cita	cita	cita	-	-	-
7	1403	24	27	25	-	20	96 (6,84%)	21(1,49%)
10	137	4	3	1	-	1	9 (6,56%)	-
11	2444	41	19	14	-	14	88 (3,6%)	3(0,12%)
12	394	8	19	7	-	3	37 (9,39%)	13(3,3%)
14	2347	127	48	24	-	8	207 (8,81%)	55(2,34%)
15	238	3	2	-	13	-	18 (7,56%)	10(4,2%)
16	7729	148	234	-	129	76	587 (7,59%)	103(1,33%)
<b>Citação (%)</b>		100	90	70	30	60		

## Conclusão

A CPRE com papilotomia é relativamente segura e eficaz.<sup>2,10</sup> Seu papel é principalmente terapêutico, pois outros métodos (colangiorressonância e ecoendoscopia), permitem precisão diagnóstica sem os riscos associados.<sup>2,5,9,10</sup>

Principais indicações são a coledocolitíase e a estenose papilar.<sup>8</sup> Para litíase biliar, é a primeira linha de tratamento.<sup>3</sup> Não há consenso sobre o uso na pancreatite e na colangite.<sup>4</sup> Faltam dados estatísticos sobre outras indicações, como disfunção do esfíncter, biópsias, inserção de stent ou dreno, etc. Estudos citam ainda, drenagem biliar pré-operatória, para melhora da condição clínica do paciente.<sup>7-</sup>

8

As complicações publicadas são constantes.<sup>10</sup> As mais citadas foram: pancreatite, sangramento, colangite, perfuração e sepse.<sup>2,5,7,11-16</sup> Há dificuldade de se estabelecer complicações, pela dificuldade de determinar o período em que elas

ocorreram (precoces ou tardias), e delimitar o volume de sangue perdido para ser considerado sangramento.<sup>13,16</sup>

Porém, a taxa de complicações do procedimento ainda é menor do que em cirurgias tradicionais, além de requerer menor tempo de hospitalização e recuperação.<sup>9</sup> Ademais, fatores de risco vêm sendo estabelecidos e auxiliam na prevenção e tratamento das complicações.<sup>6,10,11,13,14,16</sup>

A prática mostra alto sucesso, complicações decrescentes e mortalidade aceitável, o que evidencia que os benefícios superam os malefícios do método.<sup>6</sup> Porém, para um consenso no assunto, são necessários mais estudos clínicos com elevado rigor estatístico.<sup>4</sup>

## **Bibliografia**

- 1- Demling L. Papillotomy--indications and technique. *Endoscopy*. 1983 May;15 Suppl 1:162-4.
- 2- Joo YW, Yoon JH, Cho SC, Lee KN, Ha NR, Lee HL, et al. Endoscopic pancreatic sphincterotomy: indications and complications. *Korean J Intern Med*. 2009 Sep;24(3):190-5.
- 3- Ryozaawa S, Itoi T, Katanuma A, Okabe Y, Kato H, Horaguchi J, et al. Japan Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for endoscopic sphincterotomy. *Dig Endosc*. 2018 Mar;30(2):149-173.
- 4- Classen M, Born P. Endoscopic papillotomy, syn. sphincterotomy: results from the past two years. *Curr Gastroenterol Rep*. 2004 Apr;6(2):169-75.
- 5- Tringali A, Loperfido S, Costamagna G. Overview of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in adults.[publicação online]; 2021 [acesso em 09 jan 2022].
- 6- Rabenstein T, Schneider HT, Hahn EG, Ell C. 25 years of endoscopic sphincterotomy in Erlangen: assessment of the experience in 3498 patients. *Endoscopy*. 1998 Nov;30(9):A194-201.

- 7- Reiter JJ, Bayer HP, Mennicken C, Manegold BC.  
Results of endoscopic papillotomy: a collective experience from nine endoscopic centers in West Germany. *World J Surg.* 1978 Jul;2(4):505-11.
- 8- Viceconte G, Viceconte GW, Pietropaolo V, Montori A. Endoscopic sphincterotomy: indications and results. *Br J Surg.* 1981 Jun;68(6):376-80.
- 9- Koch H, Rösch W, Schaffner O, Demling L. Endoscopic papillotomy. *Gastroenterology.* 1977 Dec;73(6):1393-6.
- 10- Podolsky I, Kortan P, Haber GB. Endoscopic sphincterotomy in outpatients. *Gastrointest Endosc.* 1989 Sep-Oct;35(5):372-6.
- 11- Masci E, Toti G, Mariani A, Curioni S, Lomazzi A, Dinelli M, et al. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2001 Feb;96(2):417-23.
- 12- Leese T, Neoptolemos JP, Carr-Locke DL. Successes, failures, early complications and their management following endoscopic sphincterotomy: results in 394 consecutive patients from a single centre. *Br J Surg.* 1985 Mar;72(3):215-9.
- 13- Köksal AŞ, Eminler AT, Parlak E. Biliary endoscopic sphincterotomy: Techniques and complications. *World J Clin Cases.* 2018 Dec 26;6(16):1073-1086.
- 14- Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, Haber GB, Herman ME, Dorsher PJ, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med.* 1996 Sep 26;335(13):909-18.
- 15- Fölsch UR, Nitsche R, Lütke R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. *N Engl J Med.* 1997 Jan 23;336(4):237-42.
- 16- Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen JE, Russell RC, Meyers WC, et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc.* 1991 May-Jun;37(3):383-93.

## REFLEXÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS, ONCOLOGIA E A PANDEMIA DE COVID-19 - UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA

Camila Marques de Aquino<sup>1</sup>, Ana Carolina de Abreu Gomes<sup>1</sup>, Isabela Albuquerque Varela<sup>1</sup>, Isabela Hobeika Hatem<sup>1</sup>, Mariana Tavares Araujo<sup>1</sup>, Paulo Eduardo Novaes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

<sup>2</sup>Preceptor da Liga de Cuidados Paliativos da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

Email: ca.marquesaquino@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** A pandemia do coronavírus levou a uma série de restrições que causaram grande impacto sobre os pacientes com COVID-19, suas famílias e os profissionais do sistema de saúde. Além desses, outros com doenças limitantes sofreram consequências relacionadas ao distanciamento físico e diante das limitações de tratamentos e atendimentos hospitalares, já que muitos recursos foram desviados para o cuidado de pacientes de COVID-19.<sup>1</sup> Neste contexto, é evidente a falta de integração entre as abordagens de públicas e os cuidados clínicos no sistemas de saúde.<sup>2</sup> Desse modo, é essencial desenvolver técnicas que abranjam apoio inovador, flexível e centrado no paciente em dimensões que envolvam o físico, psicológico, social e espiritual.<sup>1</sup> Para isso, os centros de tratamento oncológico adquiriram uma responsabilidade adicional, visando

proteger pacientes e funcionários, impedir a disseminação da doença para a comunidade, prestar oncológicos e garantir acesso aos tratamentos paliativos<sup>2</sup>.

Palavras-chave: Covid-19, cuidados paliativos, oncologia

**OBJETIVO:** Relatar situação de centros de saúde que tratam pacientes oncológicos em cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19.

**METODOLOGIA:** Foi realizada busca nas bases de dados (rodada em 06/07/2021) Medline (via PubMed) e Scielo (via Embase). Foram usados 8 dos 141 artigos encontrados. Os critérios de inclusão foram estudos que relacionem os cuidados paliativos em pacientes oncológicos com a Covid-19, assim, só foram incluídos os artigos que abordassem obrigatoriamente os 3 critérios ao mesmo tempo (cuidados paliativos, Covid-19 e oncologia). Os critérios de exclusão foram desenho de estudo de revisão bibliográfica ou sistemática.

## RESULTADOS

No início da pandemia do COVID-19 ficou mais evidente a desigualdade entre países ricos e em desenvolvimento, principalmente na esfera da saúde pública e da integração entre os seus sistemas. Nesse período, pacientes que viviam em locais com alta densidade populacional, sistemas de saúde escassos e/ou pertencentes a grupos vulneráveis, tiveram maiores chances de infecção ou de irem a óbito. A integração da saúde pública, a fim de melhores decisões quanto a alocação de recursos, poderia ser um meio para a diminuição da desigualdade de acesso durante a pandemia.<sup>2</sup>

O uso da telessaúde foi essencial durante a pandemia, principalmente entre pacientes oncológicos ou em cuidados paliativos, que não podiam ser totalmente afastados dos centros de saúde mas precisavam se prevenir contra o coronavírus. A necessidade de suporte aos pacientes estava intimamente relacionada com o nível de ansiedade.<sup>3</sup>



O cuidado oferecido pela tele-saúde pode reduzir custos, mantendo a satisfação e as necessidades do paciente e médico. Seu uso foi disseminado durante a pandemia, porém era necessário planejamento para seu correto funcionamento. Assim, embora aumente a equidade ao acesso aos cuidados, existem dificuldades contínuas, como questões tecnológicas, disponibilidade de banda larga nas regiões, educação em saúde, falta de seguro, entre outros fatores.<sup>4</sup>

No período, ocorreu redução de 75% no recrutamento de novos pacientes para ensaios oncológicos. Essa redução se deve à lacuna na solicitação dos pacientes aos cuidados de suporte, principalmente para os que já estavam em tratamento. Desse modo, é evidente que a pandemia acarretou mudanças na atividade clínica diária e na pesquisa. Além disso, pacientes oncológicos, muitas vezes requerem diagnósticos e tratamentos que não podem ser feitos à distância.<sup>4,5</sup>

## **DISCUSSÃO**

A pandemia deixou mais evidente a dificuldade no atendimento e tratamento aos pacientes oncológicos. A telemedicina foi largamente ampliada durante o período, visando evitar a exposição do paciente com câncer à COVID-19, sem que este deixasse de ter seu atendimento médico adequado, além de proporcionar adequações para evitar hospitalizações desnecessárias e viabilizando tratamentos possíveis de serem realizados à distância, como a prática de atividade física.<sup>3</sup> Essas mudanças foram implementadas com o objetivo de evitar que o vírus se propagasse entre os centros de tratamento para doentes com câncer, onde se encontram pacientes de risco.<sup>6</sup>

Apesar dos benefícios da telemedicina, é evidente a necessidade de ampliação de acesso aos Cuidados Paliativos, almejando melhor planejamento para que este opere com equidade. Deve-se levar em conta a falta de acesso à rede e os níveis de pobreza em algumas regiões, além da necessidade de atendimentos presenciais mesmo em situações de urgência, como a pandemia.<sup>4</sup>

Ainda nesse cenário, o acesso ao chamado Cuidado Paliativo precoce teve grande importância, principalmente no contexto dos tratamentos oncológicos. No auge da doença, houve falta de leitos e equipamentos em

diversos lugares do mundo e, com isso, foi possibilitado que pacientes de risco tomassem decisões sobre seus casos antecipadamente. Quando se sabe exatamente quais são as escolhas do paciente oncológico no fim da vida, é possível não só respeitá-las, como alocar recursos que hoje estão em falta, respeitando suas preferências, melhorando sua qualidade de vida e cuidando dos pacientes em um todo.<sup>7 8</sup>

O efeito mais expressivo da pandemia sobre o câncer foi a imensa redução de novos diagnósticos. Isso ocorreu devido ao afastamento de muitos pacientes durante o lockdown e pelo fato de diversos centros de diagnósticos serem fechados durante a pandemia ou transformados em unidades de tratamento ao COVID-19. Os verdadeiros efeitos desse período só poderão ser vistos e contabilizados nos próximos anos.<sup>5</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Há um desalinhamento entre a saúde pública e os cuidados clínicos, sendo um obstáculo nos sistemas de saúde em escala global, questão mais evidenciada com a pandemia da COVID-19. Nos centros de tratamento oncológicos, houve uma série de desafios para continuar promovendo assistência à saúde e cuidados paliativos para esses pacientes.

Na pandemia, destacou-se ainda mais a importância dos cuidados paliativos nos pacientes oncológicos, devido à falta de diagnósticos, falta de leitos, medidas como lockdown no qual o doente apenas poderia ficar em casa e o advento do chamado cuidados paliativos precoce, a fim de tentar promover um tratamento digno para o paciente mediante essa situação jamais vista anteriormente.

Contudo, é evidente a necessidade do alinhamento à saúde pública e cuidados clínicos a fim de reduzir cada vez mais os danos e promover o melhor tratamento para o paciente.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Munch U, Muller H, Deffner T, Von Schmude A, Kern M, Kiecke-Ziemes et al. Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativ-medizinischer

- Perspektive. Schmerz. 2020 [acesso em 08 set. 2021]; 41: 303-313. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00483-9>
2. Rodin G, Zimmermann C, Rodin D, Al-Awamer A, Richard S, Charberlain C. COVID-19, palliative care and public health. European Journal of Cancer. 2020 [Acesso em 08 set. 2021]; 136: 95-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.05.023>
  3. Kabak, VY; Uysal, SA; Duger, T. Screening supportive care needs, compliance with exercise program, quality of life, and anxiety level during the COVID-19 pandemic in individuals treated with hematopoietic stem cell transplantation. Support Care Cancer. 2021 Jul; 29(7): 4065-4073. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33404815/>
  4. Bakitas, M; Cheville, AL; et al. Telehealth Strategies to Support Patients and Families Across the Cancer Trajectory. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2021 Mar; 41:413-422. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34010046/>
  5. Giuliani, J; Bonetti, A. COVID-19 and cancer: A clear change not only in daily clinical practice but also in clinical research management. J Med Virol. 2021 May;93(5): 2564-2565. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33215735/>
  6. Gurmeet A, Deodhar J, Chaturvedi PC. Navigating the impact of COVID-19 on palliative care for head and neck cancer. Head & neck. 2020; 1-3. DOI: 10.1002/hed.26211
  7. Rosenberg AR, Popp B, Dizon DS, El-Jawahri A, Spence R. Now, More Than Ever, Is the Time for Early and Frequent Advance Care Planning. American Society of Clinical Oncology. 2020, mai. 38 (26): 2956-58. DOI: 10.1200/JCO.20.01080
  8. Mathews J, Hannon B, Zimmermann C. Models of Integration of Specialized Palliative Care with Oncology. Curr. Trear. Options in Oncol. 2021 (22): 43-4. DOI: 10.1007/s11864-021-00836-1

## TRATAMENTO DO TUMOR DE WILMS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Raphael D. I. Gese <sup>1</sup>; Luiza V. Sonsin <sup>1</sup>; Williane Gonzalez Vasques <sup>1</sup>; Catherine Candido <sup>1</sup>; Gabriel Mello Machuca <sup>1</sup>; Rubens Escobar Pires Lodi <sup>2</sup>

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

2- Preceptor Adjunto da Liga de Nefrologia, UNIMES.

### 1. INTRODUÇÃO

O Tumor de Wilms (TW), também conhecido como Nefroblastoma, é o tumor maligno renal mais comum da infância 1,2. Considerado um tumor relativamente raro 3, é observado principalmente em crianças abaixo de 5 anos e corresponde a 90% dos tumores renais 1. Pode ser uni ou bilateral, sendo este último apenas 5% de todos os casos, comumente encontrados no sexo feminino 2.

Sua etiologia não é totalmente conhecida, mas acredita-se que é decorrente de alterações genéticas relacionadas ao desenvolvimento embrionário do trato genitourinário 3.

O TW manifesta-se, geralmente, como uma massa abdominal indolor, descoberta acidentalmente, podendo estar associada a dor, hematúria e hipertensão arterial, varicocele, febre, infecção do trato urinário, anemia, além de sintomas relacionados à compressão de órgãos vizinhos 1,2.

Seu tratamento e prognóstico tiveram grandes avanços nas últimas décadas, sendo sua sobrevida em 5 anos superior a 85%<sup>2</sup>. Nosso objetivo neste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre os avanços do tratamento do TW.

## **2. OBJETIVOS**

Analisar a fisiopatologia do Tumor de Wilms e seus possíveis tratamentos a partir de uma revisão de leitura.

## **3. METODOLOGIA**

Foi realizada busca nas bases de dados (rodada em março de 2022) Medline (via PubMed) e Scielo (via Embase). Foram utilizadas como MeSh terms e seus sinônimos: "Wilms", "Tumor" e "Treatment". Foram encontrados 35 artigos e destes, foram selecionados 5. Os critérios de inclusão foram: estudos observacionais tais como relatos de caso, caso controle, revisão sistemática, assim como livros e documentos, dos quais 30 foram excluídos por fuga do tema e/ou metodologia inadequada. Os critérios de inclusão baseavam-se em tipo de estudo, tipo de participante (crianças), tipo de exposição, intervenção, controle, e desfecho, com enfoque no tratamento.

## **4. DISCUSSÃO**

O tumor de Wilms, sendo um tumor raro, sua etiologia não é totalmente conhecida, mas acredita-se que seja decorrente de alterações genéticas relacionadas ao desenvolvimento genitourinário. Com base nos dados encontrados, e com enfoque no tratamento, clínico e cirúrgico, podemos entender que 9 em cada 10 crianças com tumor de Wilms são curadas. Seu tratamento é baseado no grau de malignidade, pois isso irá definir se será realizado cirurgia, quimioterapia ou radioterapia. A maioria das crianças irá precisar de mais de um tratamento. O estágio e a histologia da doença são determinados a partir da análise da amostra cirúrgica. Os resultados do exame anatomopatológico são utilizados para orientar a continuação do tratamento. No estágio I, os tumores estão localizados apenas no rim. O tumor é removido completamente na cirurgia, juntamente com o rim inteiro. No estágio II, os tumores estão localizados fora do rim para os tecidos adjacentes, mas com a cirurgia é possível a remoção de todos os sinais visíveis da doença. No estágio III, esses

tumores não são removidos durante a cirurgia devido ao seu tamanho, localização ou outras razões. Em alguns casos, a cirurgia para remoção do tumor pode ser adiada até que outros tratamentos sejam capazes de diminuir seu tamanho. No estágio IV, esses tumores já se disseminaram para outros órgãos no momento do seu diagnóstico. No estágio V, o tratamento em ambos os rins é único para cada criança, e geralmente inclui cirurgia, quimioterapia e radioterapia, em algum momento.

O tratamento habitual para crianças com recidiva do tumor, é a cirurgia para retirada, radioterapia (se não foi realizada nessa região) e quimioterapia com medicamentos diferentes dos utilizados no tratamento inicial.

## 5. CONCLUSÃO

O Tumor de Wilms ou nefroblastoma é um tumor raro, mas que apresenta, na infância, uma taxa de cura de 90%. Os tratamentos se apresentam de forma variada acompanhando o estágio do tumor. Dentre os tratamentos é possível destacar a cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Um tumor até o estágio II pode ser completamente removido via cirúrgica, enquanto que do estágio III até o V o tratamento será individual devido ao tamanho do tumor levando em consideração também sua localização. Caso a criança apresente novamente o tumor, o tratamento base de radioterapia e quimioterapia se mantém, porém com mudança medicamentosa.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Pater L, Melchior P, Rube C, T Cooper B, McAleer MF, A Kalapurakal J, C Paulino A. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pbc.28257> [Internet]. Wilms Tumor; 7 set 2020 [citado 16 mar 2022]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pbc.28257>
2. National Center for Biotechnology Information [Internet]. Wilms Tumor - StatPearls - NCBI Bookshelf; [citado 17 mar 2022]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442004/>.
3. National Cancer Institute. Wilms Tumor and Other Childhood Kidney Tumors Treatment (PDQ®). 2018. [citado 20 mar 2022] Disponível em: [www.cancer.gov/types/kidney/hp/wilms-treatment-pd](http://www.cancer.gov/types/kidney/hp/wilms-treatment-pd)



4. M Green D. PubMed [Internet]. The treatment of stages I-IV favorable histology Wilms' tumor - PubMed; [citado 21 mar 2022]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15084612/>.
5. PubMed [Internet]. Treatment of Wilms' tumor. Results of the Third National Wilms' Tumor Study - PubMed; [citado 31 mar 2022]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2544249/>.

## UM PANORAMA DA SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA DA COVID-19: REVISÃO LITERÁRIA

*An overview of Mental Health in the COVID-19 Pandemic: Literary Review.*

Ingrid Naomi Pires Nozimoto<sup>1</sup>, Douglas Rodrigues Sena<sup>1</sup>, Julia Abujamra<sup>1</sup>, Larissa Daigneault de Souza Silva<sup>1</sup>, Maria Isabel de Oliveira Alvez<sup>1</sup>, Nicolas Angelini Figueiredo<sup>1</sup>, Sophia Stella Cardoso Villarino Prieto<sup>1</sup>, Yhukare Otani<sup>1</sup>, Sidney Costa Gaspar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicos de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

<sup>2</sup> Docente do curso de Medicina, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

**Correspondência:** [nozimotoingrid@gmail.com](mailto:nozimotoingrid@gmail.com)<sup>1</sup>, [drsidney\\_gaspar8@gmail.com](mailto:drsidney_gaspar8@gmail.com)<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Pandemia; COVID-10; Sars-Cov-2.

## INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 e sua consequente quarentena contribuíram para o dano da Saúde Mental, como o aumento das perturbações depressivas e perturbações

de stress pós-traumático.<sup>1</sup> Por sua alta transmissibilidade, grande número de casos e gravidade clínica, é impossível desconsiderar seus efeitos psicológicos, mesmo sendo uma patologia recente.<sup>2</sup>

Como o vírus SARS-CoV-2 afeta mais indivíduos multi-mórbidos, pessoas com Transtornos Mentais (TM) estão mais propensas à doença por se relacionar com as comorbidades comuns.<sup>3</sup> Nesse contexto, investigar determinantes sociais que contribuem para maior vulnerabilidade ao adoecimento mental da população, é importante no campo da saúde coletiva para o planejamento de ações e políticas públicas.<sup>4,5</sup>

Além disso, o estigma entre os pacientes com saúde mental que estão ou foram infectados pelo COVID-19 pode dobrar a sensação avassaladora de adoecer e a atitude de discriminação.<sup>6,7</sup> Outra importante implicação na saúde mental, são os casos do transtorno do luto prolongado ou antecipatório.<sup>8</sup>

Estudos na literatura existente, indicaram o aumento do diagnóstico de ansiedade e ainda, um aumento do abuso de álcool e drogas neste cenário.<sup>9</sup> Ainda no aspecto da vulnerabilidade psicoemocional, crianças e adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Espectro Autista (TEA), deficiência intelectual, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) devem ser melhor acompanhadas.<sup>10</sup>

De acordo com o estudo realizado por Galindo-Vázquez et al em 1508 participantes, 20,8% apresentaram sintomas de ansiedade severa e 27,5% apresentaram sintomas de depressão severa, por isso ambas as doenças estão entre os TM de maior relevância no contexto. Ademais, ser mulher solteira, sem filhos, com comorbidades médicas e histórico de cuidados com a saúde mental foram fatores de risco para o desenvolvimento destes sintomas.<sup>11</sup> Assim sendo, ansiedade e depressão requerem tratamento precoce para melhorar a atenção integral e diminuir o impacto negativo que a pandemia trás.<sup>12</sup>

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão literária atualizada sobre a saúde mental e seus desdobramentos e alterações no cenário da pandemia da COVID-19, sendo assim, útil para a comunidade médico-científica.

## METODOLOGIA

O trabalho é caracterizado como revisão integrativa, por meio de pesquisa bibliográfica em artigos científicos.

Os artigos científicos relacionados ao tema foram acessados na base de dados PubMed, MedLine, Scielo e LILACS nos idiomas inglês e português. Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: mental health AND pandemic AND anxiety AND depression AND stress AND COVID-19 AND Sars-Cov-2.

O critério de exclusão foi: duplicidade ou que possuía outra correlação entre transtornos mentais sem estar diretamente ligada ao cenário da pandemia do corona vírus.

## DESENVOLVIMENTO

### **Pandemia do medo**

A pandemia declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020, gerou impacto na saúde mental de milhares de pessoas.<sup>2</sup>

A exposição contínua ao estresse emocional somado ao isolamento social, aumentam a vulnerabilidade da sanidade mental e entre os sintomas psicopatológicos mais frequentes encontramos, ansiedade, distúrbio do sono e humor deprimido, mas também podem estar presentes a irritabilidade, o medo, a raiva, o abuso de álcool, sintomas de perturbação de stress pós-traumático e a depressão.<sup>1,2</sup>

### **Economia e COVID-19**

Os efeitos diretos do distanciamento social e do medo do vírus Sars-Cov-2, gerou uma pressão econômica na política de todos os países, principalmente os de baixa e média renda, os quais possuem medidas de proteção social limitada para manterem suas economias funcionando.<sup>4</sup> Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, teve como objetivo verificar os fatores associados a sintomas de transtornos mentais (TM) durante a pandemia da COVID-19 e constatou que quase metade dos participantes relataram ter tido perdas econômicas e uma parte considerável era diagnosticada com algum tipo de transtorno mental.<sup>3,4</sup>

Aumentar o número de prestadores de serviços psicológicos e sociais para atender às necessidades dos membros da comunidade e principalmente das pessoas que são mais acometidas, é de suma importância. Além disso, uma atenção especial às políticas públicas e benefícios de auxílio financeiro nesse período é necessária.<sup>3,4</sup>

### **Doenças psiquiátricas pré-existent**

Pacientes psiquiátricos são um grupo em extrema vulnerabilidade durante a pandemia da covid-19, por muitas vezes serem esquecido e estigmatizado. As atuais circunstâncias causadas pela pandemia resultaram na piora de doenças psiquiátricas pré-existent, pelo aumento da ansiedade e do pânico como resultados do “espalhamento do medo”. Com a quarentena, suspensões de consultas médicas de rotina tiveram que ser feitas, agravando mais os casos e levando ao crescimento do surgimento de emergências psiquiátricas.<sup>5</sup>

### **Estigma acerca da COVID-19**

Por ser uma doença recente, sobre a qual ainda existem várias incógnitas, a sociedade se encontra repleta de receio e ansiedade, que foram agravados com as medidas de isolamento social. Esse cenário de medo e incertezas, juntamente com a grande influência da circulação de notícias impróprias acerca desta doença pelos meios de comunicação, culminou na criação e exacerbação do estigma sobre a COVID-19.<sup>6</sup>

## **Luto prolongado**

Através das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, lutos antecipatórios foram decorrentes da proibição de visitas hospitalares e rituais de velórios, os quais limitaram o contato entre os entes queridos pela última vez. Isso resultou no aumento de transtornos do luto prolongado, sendo necessário medidas que melhorem a condição de dor dos acometidos.<sup>8</sup>

## **Dos hospitais para dentro de casa**

A doença acometida pelo vírus SARS-CoV-2, foi responsável pelo aumento do número de pessoas com problemas de saúde mental, juntamente com as taxas de suicídio, depressão, ansiedade e nervosismo.<sup>9</sup> Ainda, ser do sexo feminino, solteira, sem filhos, possuir comorbidades médicas e antecedentes de cuidado a saúde mental, são os principais fatores de risco para o desdobramento desse panorama.<sup>11</sup> Entre os indivíduos afetados, aqueles que já possuíam algum tipo de transtorno mental prévio apresentaram maior propensão a níveis elevados de sofrimento psicológico.<sup>7</sup>

Quanto ao tratamento, o acesso durante a pandemia se tornou uma dificuldade e agravou muitos quadros preexistentes.<sup>7</sup> Entretanto, a telemedicina teve muitas de suas contraindicações retiradas e pode se ter uma expansão e reorganização dos serviços de saúde mental, agora, em escala global.<sup>9</sup> Diante das condutas de prevenção e autocuidado para enfrentar a pandemia, a maioria da população cumpriu as recomendações, mas 82,9% dos indivíduos relataram preocupações.<sup>11,12</sup>

## **CONCLUSÃO**

Através do trabalho foi possível observar que a pandemia da COVID-19 obteve impacto no estado psíquico dos indivíduos principalmente, pelo isolamento social e o medo de contrair a doença, resultando no aumento da ansiedade, stress pós-traumático, depressão e suicídio. Com essa revisão literária

não foi possível afirmar os reais impactos decorrente do corona vírus, pois faltam estudos com desenhos apropriados e dados mais fidedignos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afonso P. O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental [The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health]. *Acta Med Port.* 2020 May 4;33(5):356-357. Portuguese. doi: 10.20344/amp.13877. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32293558.
2. Silva DARD, Pimentel RFW, Mercedes MCD. Covid-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health. *Rev Saude Publica.* 2020;54:46. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002486. Epub 2020 May 20. PMID: 32491094; PMCID: PMC7190094.
3. Castro-de-Araujo LFS, Machado DB. Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country. *Cien Saude Colet.* 2020 Jun;25(suppl 1):2457-2460. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10932020. Epub 2020 Apr 25. PMID: 32520289.
4. Duarte MQ, Santo MADS, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2020 Sep;25(9):3401-3411. English, Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232020259.16472020. Epub 2020 Aug 28. PMID: 32876269.
5. Santos CF. Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. *Braz J Psychiatry.* 2020;42(3):329. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0981. Epub 2020 Apr 17. PMID: 32321063; PMCID: PMC7236153.
6. Shoib S, Ullah I, Ori D, Saleem SM, Hashmi N, Islam SMS. COVID-19, stigma and mental health: roots and solutions. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021 Nov 9. doi: 10.1016/j.rcp.2021.10.004. Epub ahead of print. PMID: 34776544; PMCID: PMC8576097.
7. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Machado ÍE, Damacena GN, Gomes CS, Werneck AO, Silva DRPD, Pina MF, Gracie R. Relatório sobre tristeza / depressão, nervosismo / ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol Serv Saude.* 2020; 29 (4): e2020427. Inglês, português. doi: 10.1590 / s1679-49742020000400018. Epub 2020, 24 de agosto. PMID: 32844918.



8. Farinha-Silva S, Reis- Pina P. COVID-19: From Grief and Mourning to Prolonged Grief Disorder. *Acta Med Port.* 2020 Oct 1;33(10):709. doi: 10.20344/amp.14701. Epub 2020 Oct 1. PMID: 33135627.
9. Nicolini H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cir Cir.* 2020;88(5):542-547. English. doi: 10.24875/CIRU.M20000067. PMID: 33064684.
10. Palacio-Ortiz JD, Londoño-Herrera JP, Nanclares-Márquez A, Robledo-Rengifo P, Quintero-Cadavid CP. Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed).* 2020 Oct-Dec;49(4):279-288. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2020.05.006. Epub 2020 Jul 17. PMID: 33328021; PMCID: PMC7366975.
11. Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Costas-Muñiz R, Mendoza-Contreras LA, Calderillo-Ruíz G, Meneses-García A. Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gac Med Mex.* 2020;156(4):298-305. doi: 10.24875/GMM.20000266. PMID: 32831341; PMCID: PMC8327400.
12. Pérez-Cano HJ, Moreno-Murguía MB, Morales-López O, Crow-Buchanan O, English JA, Lozano-Alcázar J, Somilleda-Ventura SA. Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. *Cir Cir.* 2020;88(5):562-568. English. doi: 10.24875/CIRU.20000561. PMID: 33064695.

## **A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA - REVISÃO LITERÁRIA.**

Isadora Mendonça de Alcântara Coelho<sup>1</sup>; Carolina Roque Galerani<sup>1</sup>; Douglas Rodrigues Sena<sup>1</sup>; Júlia Quaranta di Peto<sup>1</sup>; Letícia Guimarães de Almeida<sup>1</sup>; Marina de Santis Bastos dos Reis<sup>1</sup>; Ranya Mohamad Azanki<sup>1</sup>; Robert Reis Skylis<sup>1</sup>; Sidney Costa Gaspar<sup>2</sup>.

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

2- Docente da disciplina de Saúde Mental do Curso de Medicina, UNIMES.

E-mail do autor: [isadoradealcantara@gmail.com](mailto:isadoradealcantara@gmail.com)

**Palavras-chave:**

Reforma Psiquiátrica; Psiquiatria; Nova Saúde Mental; Sistema Único de Saúde; Reabilitação em Saúde Mental; Atenção Primária; Reabilitação Psicossocial.

### **Introdução:**

A reforma psiquiátrica Brasileira (RPb) foi um importante processo de conscientização sanitária e mudança no paradigma da saúde mental dentro de uma perspectiva democrática.<sup>1</sup> A crítica ao modelo hospitalocêntrico nasce na Reforma Europeia e chega em território brasileiro para desconstruir o sistema psiquiátrico, buscando o fim da prática manicomial e o início do cuidado voltado à atenção básica e visão única de cada paciente. Encerrando as políticas autoritárias e iniciando práticas que integrativas e inclusivas que foram ganhando cada vez mais força com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e, posteriormente, do CAPs (Centro de Atenção Psicossocial).<sup>2</sup>

### **Objetivos:**

Revisar na atual literatura sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira; abrangendo os aspectos dos movimentos antimanicomiais, o papel do SUS na reabilitação psicossocial bem como suas correlações com a Estratégia em Saúde da Família (ESF) no campo da Saúde Mental, sendo assim, útil para a comunidade médico-científica.

### **Métodos:**

Foi realizada uma revisão da literatura médico-científica nas bases de dados do PubMed, MedLine, Scielo e LILACS, utilizando como palavras-chave: "Reforma", "Psiquiátrica", "Nova Saúde Mental", "Sistema Único de Saúde", "Reabilitação Psicossocial", "Atenção Primária" e "Brasil". Não foram utilizados limitadores temporais para captação dos materiais/artigos já publicados e foram excluídos os materiais que apresentavam duplicidade e tangenciamento do tema.

### **Discussão:**

Responsável pela desconstrução do antigo arquétipo da loucura e da política hospitalocêntrica, a luta antimanicomial galgou diversos avanços no tratamento dos transtornos mentais e, mais recentemente, dos pacientes em abuso de

substâncias<sup>2,3</sup>.O fim do modelo médico centrado inicia-se na Europa, através do psiquiatra Franco Basaglia, e ganha grande destaque no Brasil indo contra a prática de isolamento e violências estabelecida nos asilos. REF

As mudanças visam desconstruir a ideia de incapacidade vinculada à loucura e explicitaram o lado social e vulnerável que tange a realidade da saúde mental brasileira. Os ideais progressistas almejam transformar a concepção de saúde mental junto ao imaginário coletivo e tais processos tiveram alcance global junto a Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>3,4,5</sup>

A pauta Reformista chega ao Brasil em 1978 e prova diversos questionamentos quanto ao papel punitivo e degradante promovido pelas instituições, mas é apenas 12 anos após a entrega da primeira proposta de regulamentação da RPb que esta lei é de fato sancionada, culminando no fim gradual de diversos manicômios por todo Brasil.<sup>6,7</sup>

O SUS e o CAPs têm papel determinante nesse processo. São responsáveis pela criação do atendimento multidisciplinar associado a atenção básica dos pacientes com transtornos mentais e exercem funções que vão além do tratamento, englobando políticas de acolhimento tanto do paciente quanto de sua família.<sup>4,9</sup> A terapia ocupacional ganha força durante esse processo e leva consigo o nome da grande psiquiatra brasileira, Nise da Silveira, responsável pela implementação do método em território nacional. <sup>7,10</sup>

Apesar da clareza dos avanços promovidos pelo movimento reformista, ainda há grande resistência social e institucional sobre o tema e existem grandes lacunas a serem preenchidas.

### **Conclusão:**

Apesar do grande avanço na luta antimanicomial, nos últimos anos a RPb vem sofrendo uma "Contrarreforma". Desta maneira, é necessário a re-implantação dos ideais da RPb para evitar que esse contra movimento ganhe mais força.

Além disso, o eixo central da luta antimanicomial é a denúncia dos manicômios e o papel que estes exercem na violação dos direitos básicos do cidadão. Portanto é primordial manter a política de inserção do sujeito com transtorno mental na sociedade e o acompanhamento pelo SUS e seus programas voltados para saúde

mental como o CAPS e NAPS.

Promovendo tratamento

inclusivo e dando continuidade na desconstrução do estereótipo da loucura.

### Referências:

1. Ramos DKR, Paiva IKS, Guimarães J. Qualitative research in the context of the Brazilian Psychiatric Reform: voices, places, knowledge/doings [Qualitative research in the context of Brazilian Psychiatric Reform: voices, places, skills/actions]. *Science Health Collect*. 2019 Mar;24(3):839-852. Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232018243.00512017. PMID: 30892505.
2. Hirde, Alice A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, v. 14, n. 1 [Acessado 2 Dezembro 2021], pp. 297-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>. Epub 20 Jan 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.
3. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira [Discussing some challenges facing Brazilian psychiatric reform]. *Cien Saude Colet*. 2011 Dec;16(12):4590-2. Portuguese. doi: 10.1590/s1413-81232011001300003. PMID: 22124895.
4. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WSD. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira [Healthcare Coverage Index in the Psychosocial Care Network (iRAPS) as a tool for critical analysis of the Brazilian psychiatric reform]. *Cad Saude Publica*. 2020 Apr 22;36(4):e00049519. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00049519. Erratum in: *Cad Saude Publica*. 2020;36(7):eER049519. PMID: 32321073.
5. Yasui S. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana [Knowing the origins of the Brazilian psychiatric reform: the French and Italian experiences]. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2011 Jun 1;18(2):585-9. Portuguese. doi: 10.1590/s0104-59702011000200016. PMID: 21779701.
6. de Pinho LB, Hernández AM, Kantorski LP. Concepção de clientela: análise do discurso da benevolência no contexto da reforma psiquiátrica brasileira [Concept of clientele: discourse analysis of the benevolence in the context of the Brazilian psychiatric reform]. *Rev Bras Enferm*. 2010 May-

Jun;63(3):377-84.

Portuguese.

doi:

10.1590/s0034-71672010000300005. PMID: 20658070.

7. Cecílio LC. Pessoas com transtornos mentais e delinqüentes: o desafio de garantir os avanços da reforma psiquiátrica brasileira [People with mental disorders and criminals: the challenge of ensuring the progress of the reform psychiatric Brazilian]. Cad Saude Publica. 2007 Sep;23(9):2004-5; discussion 2010-2. Portuguese. doi: 10.1590/s0102-311x2007000900004. PMID: 17700931.
8. Amarante P, Nunes MO. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. Cien Saude Colet. 2018 Jun;23(6):2067-2074. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018. PMID: 29972514.
9. Delgado PG. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil [Psychiatric reform and democracy in Brazil]. Cien Saude Colet. 2011 Dec;16(12):4701-6. Portuguese. doi: 10.1590/s1413-81232011001300019. PMID: 22124911.
10. Nunes MO, Lima Júnior JM, Portugal CM, Torrenté M. Psychiatric reform and counter-reform: an analysis of a socio-political and sanitary crisis at national and regional level. Cien Saude Colet. 2019 Dec;24(12):4489-4498. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-812320182412.25252019. Epub 2019 Aug 28. PMID: 31778499.

### **AGRAVAMENTO DA RETINOPATIA DIABÉTICA NO BRASIL E DIFICULDADES DE ACESSO AO TRATAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA**

**AUTORES:** Gabriela Bacelo Gonçalves ([bacelogoncalves@gmail.com](mailto:bacelogoncalves@gmail.com)) <sup>(1)</sup>, Mariana Braga <sup>(1)</sup>, Kalil Dib, Olívia Passarin <sup>(1)</sup>, Raphael D I Gese <sup>(1)</sup>, Laura Farao, Matheus Campos <sup>(1)</sup> e Giovana Ruiz <sup>(1)</sup>. 1- Acadêmicos de Medicina da UNIMES e da Liga Acadêmica de Oftalmologia da UNIMES.

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Celso Afonso Gonçalves - Mestre pela UNIFESP, Doutor pelo Instituto Universitário de Rosário, Membro Titular do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e diretor clínico da UNILASER hospital dia.

### **PALAVRAS CHAVES**

Retinopatia diabética, diabetes mellitus,  
diagnóstico, tratamento, prevalência

## INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica caracterizada pela prolongada hiperglicemia, que pode ser decorrente da deficiência absoluta ou relativa de insulina. A DM é classificada como: Tipo 1 - auto imune e a tipo 2 - destruição das células beta pancreáticas. Com a progressão da doença, os órgãos alvos são atingidos, sendo os principais os rins e a retina<sup>1</sup>.

Estima-se que a população portadora de diabetes no Brasil atinge 13 milhões de pessoa, fazendo com que o Brasil ocupe a 4º posição no ranking mundial<sup>2</sup>.

A retinopatia diabética (RPD) é uma microangiopatia que afeta as arteríolas pré-capilares retinianas, capilares e vênulas, sendo uma das complicações crônicas mais comuns da DM quando não controlada. Seu desenvolvimento e progressão podem estar relacionados com os fatores de risco, incluindo a hiperglicemia crônica, hipertensão, dislipidemia, a duração da diabetes, puberdade e gravidez<sup>3</sup>.

A RPD aparece em 80-95% dos pacientes diabéticos tipo I, após 15 a 20 anos de doença, e aproximadamente 50% destes pacientes evoluem com quadro proliferativo. Nos portadores do tipo II, 75% apresentam a doença após 15 anos, e 20% destes, tem o diagnóstico de diabetes concomitante com a retinopatia<sup>4,5</sup>.

A evolução clínica é estratificada da seguinte forma: ausência de retinopatia diabética, retinopatia diabética não proliferativa (RDNP) que pode ser leve, moderada, severa ou muito severa e retinopatia diabética proliferativa (RDP) que podem ser sem características de alto risco, com características de alto risco ou avançadas<sup>1</sup>.

## METODOLOGIA

Foram feitas buscas nas bases de dados PubMed e Scielo, procurando artigos que citassem o assunto. Sem restrição por data e fonte de publicação. Sendo realizada



entre o 2º semestre de 2021  
seleção, foi realizada uma análise descritiva.

até março de 2022. Após a

## OBJETIVO

Analisar dados de saúde pública e das dificuldades de acesso aos exames de avaliação para a retina. no Brasil e suas macrorregiões pelas prevalências de DM tipo 2 e de suas complicações crônicas, em especial a retinopatia diabética, utilizando as definições de Lopez et al <sup>6</sup>.

## DESENVOLVIMENTO

Estima-se, no Brasil, uma prevalência de portadores de DM de 9,2%, variando de 6,3% no Norte a 12,8% no Sudeste. Das complicações crônicas do diabetes, sendo a neuropatia e a retinopatia mais frequentes.<sup>7</sup>

O Norte apresenta menores taxas de complicações quando comparado com as demais regiões. A maior prevalência de DM se dá entre as mulheres (10,2%). Quanto à prevalência de cegueira e incidências de pé diabético, amputação e nefropatia, foram superiores para os homens. A proporção de subnotificação da DM no país foi de 42,5%, chegando a 72,8% na região Norte.<sup>7</sup>

Quanto à realização de exames, apenas 41% realizaram exame de fundo de olho no último ano, no Nordeste e Centro-oeste (aproximadamente 33%). Vale ressaltar que, no Brasil, 20% dos diabéticos nunca realizaram tal exame. No Nordeste (28,5%), Norte (27,8%) e Centro-oeste (27,2%). A realização de exames nos pés, no último ano, foi de 34%, e mais da metade dos diabéticos nunca o realizaram.<sup>7</sup>

## CONCLUSÃO

Observou-se que problemas na qualidade da atenção, realização de exames e no acesso aos serviços de saúde resultam em maior incidência/prevalência de complicações

Com a *Emenda Constitucional nº 95 (EC95/2016)* <sup>8</sup>, aprovada pelo Congresso Nacional em dezembro de 2016, que determina o congelamento dos investimentos em saúde por 20 anos. Gera uma preocupação com a população que depende dos serviços públicos de saúde. <sup>9</sup>

Estudos de revisão sobre o tema reportaram um aumento da incidência de diabetes e de suas complicações<sup>10,11</sup>. Assim, em um cenário de redução de investimentos em saúde, são esperados o crescimento da morbimortalidade, da incidência de complicações, e sub notificação da doença, gerando um aumento da demanda para procedimentos mais complexos, cegueira pela retinopatia diabética, e mortalidade prematura. Além disso, um aumento de gastos com a maior demanda de tratamento de alta complexidade e internações. Ou seja, ao considerar sistemas de saúde fragilizados e populações em situação de vulnerabilidade, os impactos de medidas restritivas podem levar, o sistema de saúde próximo ao colapso<sup>12</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistêmica/ Jack J. kanski e Brad Bowling – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Posicionamento Oficial SBD n.1/2019. Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2019. São Paulo: SBD; 2019. [citado 2021 Mar 18]. Disponível em: [https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd\\_dm2\\_2019\\_2.pdf](https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf)
3. Solomon SD, Chew E, Duh EJ, Sobrin L, Sun JK, VanderBeek BL, et al. Diabetic retinopathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017;40(3):412-8.
4. Hadon DC, BakerC, Dracup K, Pitt B.-Making judgments about treatment effectiveness based on health outcomes: Theoretical and practical issues. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1994;20(10):547-554.
5. Bonafonte S. & Garcia CA. in: *Retinopatia Diabética*. Madrid. Espanha, Harcourt Brace Publishers International: 1998: 63-88.
6. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global burden of disease and risk factors: disease control priorities project*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank/New York: Oxford University Press; 2006.
7. Muzzy J.at al in: Prevalence of diabetes mellitus and its complications and characterization of healthcare gaps based on triangulation of studies , *Cad. Saúde Pública* 37 (5) 28 Maio 2021.

8. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care* 1992; 15:1509-16.
9. Schramm J, Paes-Sousa R, Villarinho L. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. (Textos para Debate, 1).
10. Almeida ATC, Vieira FS, Sá EB. Os efeitos do acesso a medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular sobre a saúde de portadores de doenças crônicas não transmissíveis. In: Saccaro Junior NL, Rocha WM, Mation LF, organizadores. CMAP 2016 a 2018: estudos e propostas do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas Federais. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018. p. 85-112.
11. Karanikolos M, Heino P, McKee M, Stuckler D, Legido-Quigley H. Effects of the global financial crisis on health in high-income OECD countries: a narrative review. *Int J Health Serv* 2016; 46:208-40.
12. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med (Lond)* 2012; 12:346-50

## **TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL DE ABSCESSOS HEPÁTICOS APÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR EMPIEMA DE VESÍCULA BILIAR EM PACIENTE COM OBESIDADE SEVERA E PORTADORA DE COLANGITE CRÔNICA – RELATO DE CASO**

Gabriela Bueno de Souza<sup>1</sup>; Manuelle Mastrorocco Brand Rosa<sup>1</sup>; Michelle de Oliveira Taquinardi<sup>1</sup>; Sophia Pomar Costa<sup>1</sup>; Rodrigo Michels<sup>2</sup>

1. Graduando(a) de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.
2. Médico graduado pela Universidade Metropolitana de Santos, titular especialista em cirurgia do aparelho digestivo - CBCD, Brasil.

CAAE: 57293922.4.0000.5509

E-mail:

gabrielabuenounimes@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O Empiema de vesícula biliar é uma complicação potencialmente fatal dos cálculos biliares. Antigamente a laparoscopia costumava ser uma contra indicação de tratamento devido aos riscos de complicações. Anatomia da região, sangramento descontrolado e o risco de danificar estruturas vitais próximas são alguns dos desafios desse procedimento<sup>(1)</sup>.

Já os abscessos hepáticos piogênicos são causados pelo surgimento de uma coleção purulenta intra-hepática devido a uma reação celular inflamatória local por infecção bacteriana no fígado, possuem evolução subaguda com início dos sintomas entre 3 e 120 dias, sendo estes, dor abdominal , febre e hepatomegalia. É uma doença fatal quando não tratada, porém esta mortalidade vem diminuindo devido ao uso efetivo de antibióticos e ao desenvolvimento da radiologia intervencionista, com drenagem percutânea guiada por imagem e cirurgia minimamente invasiva, compondo assim o tratamento mais eficaz<sup>(2)</sup>.

A colangite esclerosante secundária (CES) é uma doença biliar colestática crônica, definida por inflamação, fibrose obliterativa dos ductos biliares, formação de estenose e destruição progressiva da árvore biliar. A CES é uma consequência de lesões conhecidas ou secundária a processos patológicos da árvore biliar, sendo as causas mais descritas: a obstrução biliar crônica, o trauma cirúrgico no ducto biliar e a lesão isquêmica da árvore biliar<sup>(3)</sup>.

A primeira colecistectomia foi realizada em 1882 pelo alemão Carl Johann A. Langenbuch, e é o único tratamento definitivo para colelitíase. Os fatores de risco para esta doença são: idade avançada, sexo feminino, fatores genéticos, dietas ricas em carboidratos, triglicerídeos, e com baixo teor de fibras, obesidade entre outros. A obesidade aumenta o risco de cálculos biliares, pois causa um aumento da 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A redutase (HMGCoA) e com isso um aumento da secreção biliar de colesterol<sup>(4)</sup>.

## OBJETIVO

Relatar um caso de paciente do sexo feminino, 61 anos, com quadro de icterícia e dor abdominal, com diagnóstico de colangite aguda e abscessos hepáticos após colecistectomia videolaparoscopia por empiema de vesícula. Realizou nova CPRE que evidenciou prótese plástica, colocada em CPRE anterior, exteriorizada pela papila duodenal maior, com provável perfuração da parede duodenal contralateral.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 61 anos, deu entrada com quadro de icterícia e dor abdominal, com diagnóstico de colangite aguda e abscessos hepáticos. No dia 03/07 realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA) (Fig 1), que evidenciou prótese plástica, colocada em CPRE anterior, exteriorizada pela papila duodenal maior com provável perfuração da parede duodenal contralateral e drenagem de abscessos intra-hepáticos no lobo esquerdo no dia 28/07, paciente apresentava dilatação difusa de vias intra-hepáticas, (Fig 2). Admitida na UTI consciente, estável hemodinamicamente. Foi solicitado cultura do conteúdo drenado, não apresentava sinais de peritonite.

Fig 1. EDA: Presença de prótese de colédoco em expulsão.

Fig 2. Drenagem de Abscessos intra-hepáticos.

A. Punção guiada da via biliar esquerda; B. Drenos posicionados ; C. Prótese Plástica.

No dia 31/07 apresentou melhora clínica com retirada do dreno. No dia 04/08 evoluiu com piora dos fatores inflamatórios (PCR 125) hiponatremia (129) e leucocitose, realizou TC de abdome com contraste na entrada (Fig 3).

Fig 3. TC com Contraste: Abscesso hepático em segmento II e III.

05/08 Piora clínica e laboratorial, aumento de PCR(263), abdome doloroso à palpação/ DB negativo. Devido a piora do quadro foi realizada videolaparoscopia que evidenciou coleções pequenas em região de drenagem percutânea anterior, sendo drenadas com sucesso. No dia 07/08 Apresentou piora

clínica e laboratorial, em uso de drogas vasoativas, drenos serobiliosos, sem dor abdominal. Em uso de Linezolida + Meropenem, foi realizada cultura de bactérias sensíveis ao tratamento, vigilância infecciosa e suporte de UTI. No dia 09/08 Discreta melhora laboratorial, porém paciente começou a apresentar quadro de confusão mental por uremia ou sepse. Abdome Globoso, distendido, DB -, RHA diminuído, Drenos serobiliosos. No dia 10/08 obteve melhora laboratorial com queda do PCR, melhora da colestase e da função renal, sem dor abdominal. Dia 11/08 Paciente evolui para estado grave, sendo intubada devido a desconforto respiratório, colestase em queda. Dia 12/08 Evolui com febre, drogas vasoativas em altas doses, PCR (124). No dia 13/08 evolui para óbito.

## DISCUSSÃO

O reconhecimento da gravidade do quadro de colangite é fundamental para a instituição de uma terapêutica adequada, pois uma demora neste sentido pode levar a altas taxas de mortalidade. Qualquer que seja a abordagem terapêutica, o sucesso do tratamento da colangite aguda depende do estabelecimento de drenagem livre da árvore biliar infectada e obstruída. Deste modo, a conduta da colangite aguda exige uma demanda urgente para desobstrução do trato biliar a fim de diminuir o quanto possível a pressão intra-biliar e conseqüentemente reduzir os episódios de bacteremia.<sup>(5)</sup>

No relato de caso acima é exposto o quadro de uma paciente com obesidade severa e Colangite Crônica após colecistectomia por empiema de vesícula biliar, associado a abscessos hepáticos. Devido a sua comorbidade, as complicações foram piores. As análises clínicas, mostraram que houveram picos de melhoras e pioras, entre suas pioras, houve um expressivo aumento do PCR (263) e com abdome doloroso. Isso fez com que o tratamento fosse mais incisivo, com o uso de drogas vasoativas, início de uma dieta parental e vigilância infecciosa.

A colangite aguda é uma condição comum que pode resultar em infecção progressivamente grave e morte quando não tratadas adequadamente. Além da terapia de suporte e medidas anti obstrutivas, a terapia com agentes



antimicrobianos é um componente importante no manejo dos pacientes afetados.

Segundo a literatura, a obesidade tem sido apontada como um dos principais fatores para doenças renais, ou seja, aumentando o risco de cálculos. Portanto, o problema crônico afeta diretamente a homeostasia do paciente, levando a Colangite.<sup>(6)</sup>

## **PALAVRAS-CHAVE**

Colangite crônica, empiema de vesícula biliar, abscessos hepáticos, CPRE.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Arshad Malik, Abdul Aziz Laghari, K Altaf Hussain Talpur, et al. Laparoscopic cholecystectomy in empyema of gall bladder: An experience at Liaquat University Hospital, Jamshoro, Pakistan. *Journal of Minimal Access Surgery*. 2007, vol 3, p.52-56.
- 2- SANTOS-ROSA, Otto Mauro dos; LUNARDELLI, Henrique Simonsen; RIBEIRO-JUNIOR, Marcelo Augusto Fontenelle. PYOGENIC LIVER ABSCESS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MANAGEMENT. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 29, n. 3, p. 194–197, 2016.
- 3- Ruemmele P, Hofstaedter F, Gelbmann CM. Secondary sclerosing cholangitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2009 May;6(5):287-95. DOI: 10.1038/nrgastro.2009.46.
- 4- Alves KR. Fatores de risco sociodemográficos e clínicos associados à colecistectomia no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. 2015.
- 5- Waisberg, J., Bento, J. A., Araújo, L. M., Dias, A. R. N., & Speranzini, M. B. (1992). Fundamentos do tratamento das colangites agudas. *Arquivos Médicos do ABC*, 15(2).
- 6- Silva Junior GB da, Bentes ACSN, Daher EDF, Matos SMA de. Obesity and kidney disease. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2017;39(1).

## **PANUVEÍTE POR TOXOPLASMOSE OCULAR**

Felipe Henrique Piotto; Renata Santana Pereira; Raissa de Carvalho; Juliana Mori  
Ciancio; Érico Jun Oda

### **1. Introdução**

A uveíte é uma inflamação do trato uveal (corpo ciliar, íris e coróide). As causas mais comuns são idiopática, traumas, infecções e doenças sistêmicas (podem ser autoimunes). Os sintomas incluem perda visual, dor, hiperemia e fotofobia. <sup>1</sup> Na panuveíte a causa idiopática é a mais comum, tendo também

como causas importantes a tuberculose, sarcoidose e toxoplasmose. Possui quatro classificações segundo a posição anatômica:

1. Uveíte anterior: localizada no segmento anterior do olho, irite (inflamação isolada na câmara anterior) e iridociclite (inflamação na câmara anterior e no corpo vítreo anterior).
2. Uveíte intermediária: localizada na cavidade vítrea.
3. Uveíte posterior: qualquer forma de retinite, coroidite ou inflamação do disco óptico.
4. Panuveíte: inflamação comprometendo as estruturas anteriores, intermediárias e posteriores.<sup>1</sup>

A toxoplasmose, causada por infecção pelo protozoário *Toxoplasma Gondii*, é a causa mais frequente de Uveíte posterior, manifestando-se tipicamente por uma lesão de retinite necrotizante satélite a uma lesão cicatricial mais antiga com vitrite associada.<sup>2</sup>

A Toxoplasmose Ocular causa retinocoroidite, levando à deficiência visual de recorrência em recorrência e, se lesionada a mácula, pode resultar na perda de visão no olho infectado.<sup>3</sup>

O diagnóstico é clínico, auxiliado por testes sorológicos. Em casos atípicos, a utilização de exames específicos como a PCR do humor aquoso (HA) pode ser útil para a confirmação da infecção.<sup>1</sup> Sua prevalência varia de acordo com diferentes países mas, tanto a frequência como a gravidade das manifestações oftálmicas, é maior no Brasil que em quando comparado a outros lugares do mundo.<sup>4,5</sup>

## 2. Método

Foi realizada busca nas bases de dados PubMed e Google acadêmico, procurando artigos que citassem o assunto. Sem restrições por data e de fonte de publicação. Foram pesquisados artigos que citassem obrigatoriamente, uma das palavras-chave: Toxoplasmose ocular e equivalentes em inglês. A pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2020.

### 3. Relato de Caso

MCS, sexo feminino, de 22 anos e residente do Guarujá, chegou ao pronto atendimento de oftalmologia do hospital Santo Amaro com queixa de vermelhidão em olho direito, dor 6/10, caráter compressiva e baixa acuidade visual, há três dias.

Os exames oftalmológicos (Imagem 2) realizados foram Biomicroscopia em Lâmpada de fenda, no qual o paciente apresentou hiperemia bulbar e, exame de injeção ciliar, apresentando média midríase da pupila com pks (precipitados ceráticos endoteliais) ; Meios translúcidos sem alteração no olho esquerdo. Os resultado da Tonometria de aplanção de Goldman (TAG) foram, 24 mmHg no olho direito e 11 mmHg no olho esquerdo; e o teste de acuidade visual teve como resultado Vultos / 1,0. O olho esquerdo do paciente estava normal.

Dentre os exames laboratoriais, foi solicitado ao paciente sorologia para toxoplasmose IgM e igG, estando IgM negativo e IgG positivo.

A principal hipótese diagnóstica é de Panuveite por Toxoplasmose no olho direito. Por fim, o tratamento foi realizado com Bactrim F de doze em doze horas por vinte dias; Prednisona 20mg,3 comprimidos pela manhã por 7 dias e regredindo; Colírios Pred Fort de quatro em quatro horas; Tropicamida de oito em oito horas e Tartarato de brimonidina de doze em doze horas.

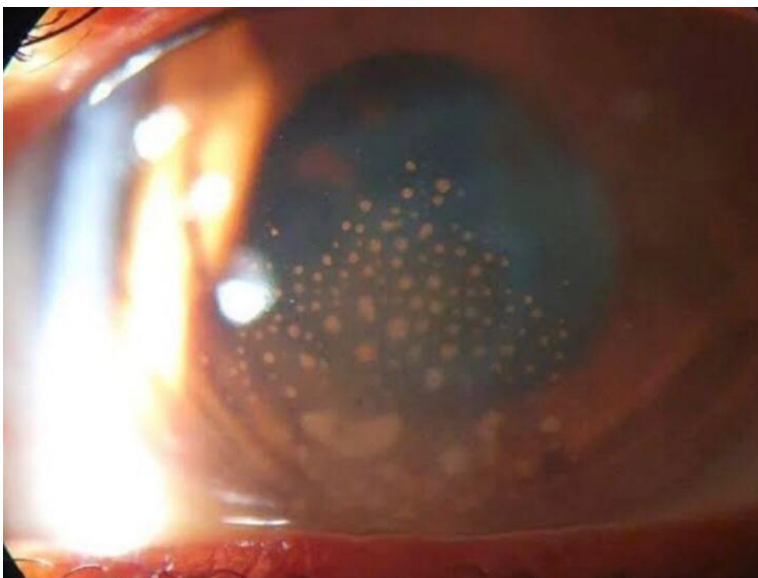


Imagem 1: Chegada do  
endoteliais esbranquiçados

paciente; meios opacos; pks



Imagem 2: Retinografia do paciente 60 dias após início da infecção; meios translúcidos, retina transparente e nítida.

#### 4. Diagnóstico

O Diagnóstico da Toxoplasmose Ocular é usualmente baseado no exame clínico do paciente. No entanto, os sintomas podem ser enganosos e nem sempre são suficientes para confirmar o diagnóstico de TO. Nesses casos, testes biológicos realizados por meio de diversas técnicas em amostras de sangue e oculares podem facilitar o diagnóstico, é importante ressaltar que a qualidade da amostragem ocular e as combinações de várias técnicas são essenciais para um diagnóstico de TO biológico confiável. <sup>2</sup>

Foram realizados exames oftalmológicos, Biomicroscopia em lâmpada de fenda; exame de injeção ciliar; exame de fundo de olho; Tonometria de aplanção de Goldman (TAG); Testes de acuidade visual e Laboratoriais, Sorologia para Toxoplasmose IgM e IgG para conclusão do diagnóstico. Como a Toxoplasmose, neste caso, atingiu tanto a câmara anterior, na região da córnea, quanto a câmara posterior do olho, o paciente foi diagnosticado com Panuveíte por Toxoplasmose ocular.

No Brasil, o diagnóstico por toxoplasmose é o mais comum, principalmente pela faixa etária do paciente (jovem), portanto, solicita os exames laboratoriais enquanto já inicia o tratamento. Também podem ser solicitados exames sorológicos para rubéola, citomegalovírus, sífilis, HIV, herpes vírus e tuberculose, além do teste de Mantoux (ppd) e radiografia de tórax.

## 5. Tratamento

Após a confirmação do diagnóstico de Panuveíte por Toxoplasmose ocular, foi iniciado tratamento com antibiótico, Bactrim F (Timetropim Sulfametoxazol) de 12/12 horas durante vinte dias; corticóide Prednisona 20 mg, três comprimidos por dia durante sete dias e depois vai regredindo; Tropicamida de 8/8 horas e tartarato de Brimonidina 0,2% de 12/12 horas se a pressão estiver alta. O padrão ouro para o tratamento é a Sulfadiazina e Pirimetamina + ácido fólico, associado ao corticóide de via oral (Prednisona 20mg/kg). Como se trata de uma panuveíte, deve-se associar também um colírio, que pode ser de corticóide (Pred Fort) inicialmente em uma dose mais alta e vai diminuindo em forma de desmame, Tropicamida ou Cicloplégico. Apesar deste ser o padrão ouro, o Bactrim F é o mais utilizado pela facilidade da posologia e por ser um medicamento já combinado (Timetropim Sulfametoxazol), além de possuir menos efeitos colaterais.

## 6. Discussão

Como vimos, o caso apresentado é uma manifestação típica de Panuveíte, pois atingiu tanto a câmara anterior, na região da córnea, quanto a câmara posterior do olho, e concluímos que a sua causa foi a infecção pelo *Toxoplasma Gondii*, manifestando-se tipicamente por uma lesão de retinite necrotizante satélite a uma lesão cicatricial mais atingida com vitrite associada<sup>1</sup>.

Geralmente, a Toxoplasmose Ocular causa retinocoroidite, levando à deficiência visual de recorrência em recorrência e, em situações raras, perda de visão no olho infectado<sup>2</sup>. Neste caso, o paciente apresentou queixa de vermelhidão em olho direito, dor 6/10, de caráter compressivo e baixa acuidade visual, há três dias, além de hiperemia bulbar e média midríase da pupila com pks.

O diagnóstico da Toxoplasmose Ocular é usualmente baseado no exame clínico do paciente. No entanto, os sintomas nem sempre são suficientes para confirmar



a patologia, sendo assim, testes biológicos em amostras de sangue e oculares podem facilitar o diagnóstico.<sup>2</sup>

No Brasil, o diagnóstico por toxoplasmose é o mais comum, principalmente pela faixa etária do paciente (22 anos), portanto, devem ser solicitados os exames laboratoriais enquanto já se inicia o tratamento, como foi realizado no caso.

O padrão ouro para o tratamento é a Sulfadiazina e Pirimetamina + ácido folínico, associado ao corticóide de via oral (Prednisona 20mg/kg) e colírio (Pred Fort, Tropicamida ou Cicloplégico). Neste caso, o paciente fez o uso de Bactrim F (Timetropim Sulfametoxazol) de 12/12 horas durante 20 dias, devido à facilidade da posologia e por possuir menos efeitos colaterais. Além do corticóide Prednisona, Tropicamida e Tartarato de Brimonidina (em caso de pressão alta).

### **Conflito de interesses:**

Os autores declaram não ter conflitos de interesses.

### **Referências:**

1. MSD. Panuveite [Internet]. Boston University School of Medicine: Kara C. LaMattina; 2019 Fevereiro [revised 2019 Feb 1; cited 2020 Dec 1]. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-oftalmol%C3%B3gicos/uve%C3%ADte-e-dist%C3%BArbios-relacionados/vis%C3%A3o-geral-da-uve%C3%ADte?query=panuveite>
2. Marques A, Portelinha J, Isidro F, Picoto M, Guedes M. Diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Ocular em Casos Atípicos. Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. Vol. 37 - Nº 4 - Outubro-Dezembro 2013
3. Commodaro AG, Belfort RN, Rizzo LV, Muccioli C, Silveira C, Burnier MN Jr, Belfort R Jr; Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009 Mar; 104(2):345-50.
4. Portela RW, Bethony J, Costa MI, Gazzinelli A, Vitor RW, Hermeto FM, Correa-Oliveira R, Gazzinelli RTJ Infect Dis. 2004 Jul 1; 190(1):175-83.
5. Gilbert RE, Freeman K, Lago EG, Bahia-Oliveira LM, Tan HK, Wallon M, Buffolano W, Stanford MR, Petersen E, European Multicentre Study on Congenital Toxoplasmosis (EMSCOT). PLoS Negl Trop Dis. 2008 Aug 13; 2(8):e277.

6. Valentin Greigert, Alexander W. Pfaff, Arnaud Sauer, Denis Filisetti, Ermanno Candolfi, Odile Villard. Biological Diagnosis of Ocular Toxoplasmosis: a Nine- Year Restrospective Observational Study; mSphere. 2019 Sep-Oct; 4(5): e00636-19. Published online 2019 Sep 25. doi: 10.1128/mSphere.00636-19

### **URETRORRAGIA POR GRANULOMA PIOGÊNICO DE URETRA: RELATO DE CASO**

Giulia Francis Delgado dos Santos<sup>1</sup>, Fernando Oliveira dos Santos<sup>1</sup>, Gustavo Rett<sup>1</sup>, Luis Amancio Gomes de Goes<sup>1</sup>, Alessandro Vengjer<sup>2</sup>.

1- Discentes da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

2- Médico Urologista, Professor da Disciplina de Urologia e Preceptor da Liga de Urologia da Universidade Metropolitana de Santos.

E-mail: giuliafrancis.gf@gmail.com

CAAE: 50880321.5.0000.5509

## INTRODUÇÃO

O granuloma piogênico (GP), também conhecido como hemangioma capilar lobular, é uma neoplasia vascular benigna comum, que pode apresentar-se nas mucosas e superfícies cutâneas, especialmente na cavidade oral, sendo raramente encontrado no trato genitourinário.<sup>1,2,3</sup>

Inicialmente, o hemangioma se manifesta como uma massa hemorrágica, sésil ou polipóide, com coloração, que varia de vermelha a roxa<sup>2</sup>, exibindo crescimento acelerado, de semanas a meses, até a sua estabilização. A superfície das lesões granulomatosas são, geralmente, friáveis, podendo acarretar em hemorragias notáveis<sup>1</sup>, como no caso da uretrorragia.<sup>4</sup>

O GP, nas mucosas, apresenta-se em qualquer idade para os homens, e nas mulheres, em comparação, é mais comum encontrá-lo antes da quarta década de vida.<sup>1,5</sup>

A etiopatogenia relaciona-se a vários fatores, como o desbalanço entre fatores pró-angiogênicos e anti-angiogênicos, hormonais, medicamentosos, infecções, e vasos malformados, entretanto, a causa é desconhecida. O trauma pode contribuir para a sua formação, contudo segundo estudos, somente 7% das lesões, o apresentam como causa.<sup>1</sup>

O diagnóstico do GP é geralmente clínico, baseado na história e achados clínicos clássicos. A história deve incluir investigações sobre traumas anteriores e um inquérito minucioso dos medicamentos. Um exame histológico pode ser feito, caso o diagnóstico seja incerto.<sup>1</sup>

O seu tratamento pode ser realizado através de um procedimento cirúrgico fazendo-se a excisão e sutura, ou um método físico como a criocirurgia com nitrogênio líquido ou químico com a cauterização da lesão com ácido tricloroacético.<sup>6</sup>

## RELATO

MFM, 71 anos, branca, 2 gestações, 2 partos, sem histórico de abortos, natural e procedente de Santos, com antecedentes de colecistectomia videolaparoscópica há 10 anos e hipertensão controlada com Losartana, apresenta em 30/12/2020 quadro de sangramento vaginal súbito associado a quadro de piora do jato urinário e noctúria, tendo procurado o pronto socorro ginecológico no dia 01/01/2021 onde foi realizado exame ginecológico sob sedação que constatou uretrorragia (Figura 1), tendo sido internada para urologia para investigação. Foi submetida em 04/01/2021 à Uretrectomia anterior e Uretroplastia anterior, para respectiva remoção da parte afetada e remodelamento da uretra. Na cistoscopia intra operatória não foram observadas alterações. A paciente permaneceu com sonda vesical de demora por 1 semana. No segmento pós-operatório, a paciente manifestou resolução completa das queixas sem intercorrências. Apresentou como resultado do exame anatomopatológico Granuloma Piogênico.

## DISCUSSÃO

O sangramento vaginal apresentado na paciente idosa já é um sinal de alarme devido a sua anormalidade. Frente a isso, surgem várias hipóteses diagnósticas a serem feitas, tais como: uma neoplasia, uma doença sistêmica, uma lesão traumática, algum medicamento em uso, dentre outras que necessitam de um diagnóstico rápido e preciso.<sup>7</sup> A hipótese de um tumor vaginal deve ser levado em consideração, apesar de sua prevalência ser de 1% dentre os tumores ginecológicos.<sup>3</sup>

Após ser feito o exame ginecológico e constatado a uretrorragia, realiza-se uma uretrectomia com uretroplastia para a correção e retirada da lesão sendo enviada uma amostra para o anatomopatológico. (Figura 2)

O resultado do exame mostrou um granuloma piogênico, também chamado de hemangioma capilar lobular.

Sabe-se que os tecidos mucosos mais afetados pelo granuloma piogênico são, respectivamente: língua, gengiva, mucosa nasal, conjuntiva, cérvix e vagina.<sup>1</sup> Tal achado não é comum de se encontrar na mucosa gastrointestinal e na genitourinária.<sup>1,2,3</sup> Outro fator que dificulta o diagnóstico clínico é o grupo que a

paciente íntegra, pois os indivíduos mais afetados estão em sua segunda década de vida e são, em sua ligeira maioria, homens.<sup>1</sup> Dentre as mulheres, o grupo mais afetado por granulomas piogênicos em tecidos mucosos é o de mulheres dentre a terceira e quarta década de vida.<sup>1</sup> Assim, os exames patológicos laboratoriais são indispensáveis para o diagnóstico.

A característica do granuloma piogênico de ser avermelhado, hemorrágico e polipóide ou sésil justifica as características clínicas da paciente, como a uretrorragia e a interrupção do fluxo devido a obstrução mecânica.<sup>2</sup>

A melhor conduta a ser tomada frente a um granuloma piogênico deve ser individualizada de acordo com o paciente. Pesando desde a sua natureza benigna até os sintomas de sangramento e obstrução que a lesão pode gerar. Com isso decide-se fazer a excisão cirúrgica ou optar pelo tratamento conservador.<sup>8</sup> No entanto, uma baixa porcentagem dos hemangiomas capilares lobulares têm resolução espontânea, sendo melhor opção a excisão cirúrgica ou por outros métodos como a crioterapia.<sup>9</sup> No caso descrito, como já impactava na qualidade de vida da paciente, a uretrectomia com a uretroplastia foi necessária.

Portanto, frente às particularidades do caso podemos destacar neste achado clínico a uretrorragia e o granuloma piogênico, o que reforça a necessidade de levantar esse diagnóstico, juntamente com os fatores que podem vir associados, assim a equipe de saúde deve lembrá-lo como um diagnóstico diferencial quando estiver a frente de um sangramento vaginal e diminuição do jato urinário em uma paciente idosa.

## FIGURAS



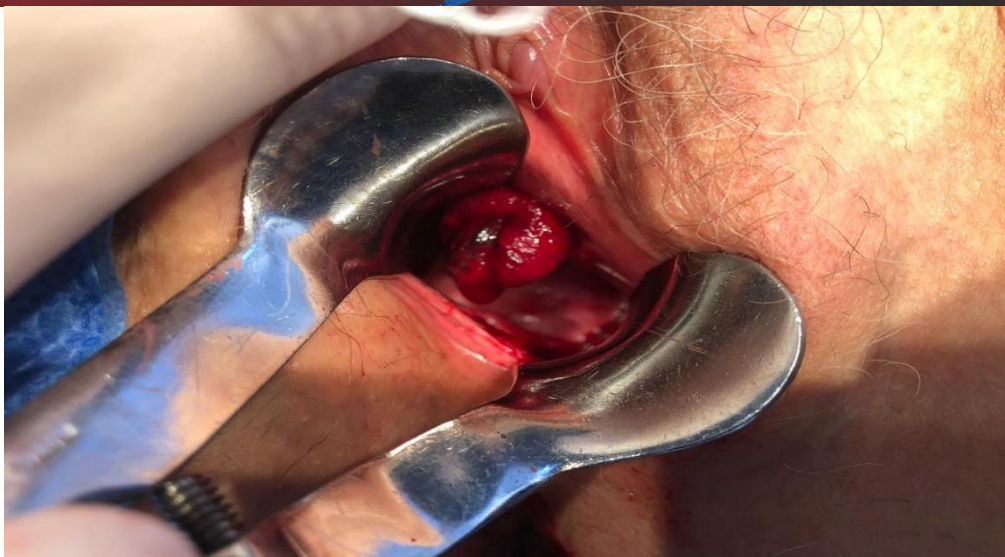


Figura 1 – Aspecto da lesão na admissão

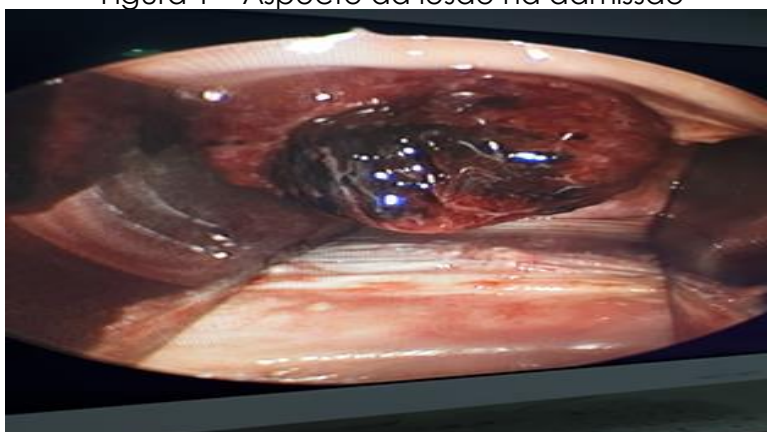


Figura 2 – Aspecto da lesão no ato cirúrgico

## REFERÊNCIAS

- 1- Sarwal P, Lapumnuaypol K. Pyogenic Granuloma. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [acesso em 25 mar 2022]. Disponível em: [Pyogenic Granuloma - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3441444/)
- 2- Harris MN, Desai R, Chuang TY, Hood AF, Mirowski GW. Lobular capillary hemangiomas: An epidemiologic report, with emphasis on cutaneous lesions. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000; 42(6), 1012-16.
- 3- Barasoain-Millán A, Rodriguez-Contreras FJ, Guerrero-Fernandez J, Merino MB, Gonzales-Casado I. Pyogenic Granuloma, an unusual presentation of peripubertal vaginal bleeding. Case report and review of the literature. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*. 2015 Mar;28(3-4):443-7.



- 4- JUNIOR, A.N.; FILHO, M.Z.; REIS, R.B. Urologia fundamental - Sociedade Brasileira de Urologia. 1ª edição. São Paulo: Planark, 2010. 39p.
- 5- Koo MG, Lee SH, Han SE. Pyogenic Granuloma: A Retrospective Analysis of Cases Treated Over a 10-Year. Archives of Craniofacial Surgery. 2017; 18(1): 16-20.
- 6- Granuloma Piogênico [internet] [citado em 16 jul. 2021]; disponível em <https://www.sbd.org.br/dermatologia/unhas/doencas-e-problemas/granuloma-piogenico/92/10.7181/acfs.2017.18.1.16>.
- 7- Daniels RV, McCuskey, C. Abnormal vaginal bleeding in the nonpregnant patient. Emergency Medicine Clinics of North America. 2003; 21 (3):751–772.
- 8- Plachouri KM, Georgiou S. Therapeutic approaches to pyogenic granuloma: an updated review. Int J Dermatol. 2019 Jun;58(6):642-648.
- 9- Lee J, Sinno H, Tahiri Y, Gilardino MS. Treatment options for cutaneous pyogenic granulomas: a review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011 Sep;64(9):1216-20.

## **VITAMINA D E A INDUÇÃO DE LITÍASE E SUA RELAÇÃO EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA E HISTÓRICO LITIÁSICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Giulia Francis Delgado dos Santos<sup>1</sup>; Fernando Oliveira dos Santos<sup>1</sup>; Guilherme Ribeiro Nader<sup>1</sup>; Lucas Moutinho Leoni de Oliveira<sup>1</sup>; Alessandro Vengjer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Discentes da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES); <sup>2</sup> Médico urologista, Professor da Disciplina de Urologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) e Preceptor da Liga de Urologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

E-mail: [giuliafrancis.gf@gmail.com](mailto:giuliafrancis.gf@gmail.com)

### **1. INTRODUÇÃO**

A litíase urinária é uma doença multifatorial comum, de alta recorrência e a deficiência de vitamina D, é um problema de saúde mundial, pois esta relaciona-se ao metabolismo ósseo. A associação entre elas ocorre, pelo papel da vitamina, na homeostase do Ca, o mineral mais comum na formação de pedras nos rins.<sup>1</sup> Tem sido observada uma crescente prevalência de hipovitaminose D em pacientes com cálculos renais.<sup>2</sup> Entretanto, muitos médicos relutam em tratar a deficiência da vitamina, em pacientes com histórico de litíase, por ela ser frequentemente associada, como um fator de risco para a doença.<sup>3</sup> Atualmente, não há consenso, sobre quando, e se deve ser feita a reposição em pacientes com deficiência da vitamina, e histórico de litíase.<sup>1</sup>

### **2. OBJETIVO**

Revisar e analisar a relação da deficiência e excesso da vitamina D com a litíase.

### **3. METODOLOGIA**

Revisão bibliográfica obtida do banco de dados Pubmed. Publicados entre 2012 a 2021. Foram selecionados e incluídos apenas artigos de revisão, na língua inglesa que abordassem e satisfizessem o objetivo do trabalho. Os resultados desta revisão bibliográfica são apresentados essencialmente de forma descritiva, sem meta-análises ou análises estatísticas.

### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Apesar da urolitíase ser uma doença antiga, esta continua sendo uma das principais causas de perda de função renal de modo geral. É uma doença multifatorial, tendo influência genética e também influência de fatores externos, principalmente a dieta que o paciente tem durante a vida.<sup>4,5</sup> Mesmo com o desenvolvimento de diversos e avançados métodos de tratamentos clínicos e cirúrgicos, aumentar a prevenção diminuindo a exposição a fatores de risco é fundamental para atenuar o número de pacientes acometidos por essa doença. Por isso, entender a fisiopatologia e como os diversos fatores externos influenciam no aparecimento dessa patologia é de extrema importância.<sup>4</sup>

A vitamina D e principalmente seu metabólito ativo, calcitriol, aumentam a absorção digestiva de cálcio. Com a excreção urinária de cálcio estando diretamente correlacionada com a absorção digestiva de cálcio, os metabólitos da vitamina D tenderiam, teoricamente, aumentar a calciúria e promover litogênese.<sup>6</sup>

Por outro lado, estudos epidemiológicos apontam a correlação do aumento do nível sérico de 25-hidroxivitamina D e a formação de cálculos renais apenas para indivíduos já com provável predisposição de desenvolvê-los, como por exemplo pacientes com mutações no gene CYP24A1.<sup>6,7</sup>

Verifica-se que doses terapêuticas de vitamina D não aumentam o risco litogênico.<sup>7</sup> Muito se correlaciona a formação de cálculos com o excesso, porém, a deficiência de vitamina D mostra-se altamente dominante entre os formadores de cálculos renais.<sup>1</sup>

A deficiência de vitamina D tem sido consideravelmente associada ao aumento dos níveis de PTH, hormônio controlador da concentração sérica do cálcio e do fósforo, atuante no tecido ósseo e nos rins.<sup>8</sup>

O que se sabe atualmente é que vitamina D é de suma importância na manutenção da homeostase do cálcio, mas seu papel biológico na doença de cálculos renais ainda não está totalmente claro, com isso, ainda há a necessidade de estudos/pesquisas dirigidas para que seja concretamente estabelecido seu efeito biológico.<sup>9</sup>

## 5. CONCLUSÃO

A deficiência de vitamina D acarreta em danos para o metabolismo ósseo e possui grande relação com a formação de cálculos, e o seu excesso, também pode estar relacionado a essa gênese. Apenas doses terapêuticas não estão relacionadas com aumento do risco litogênico. Porém, atualmente ainda não há um consenso sobre a reposição de vitamina D em pacientes. Portanto, conclui-se que é preciso mais estudos sobre o tema.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Tavasoli S, Taheri M. Vitamin D and calcium kidney stones: a review and a proposal. *Int Urol Nephrol*. 2019 Jan;51(1):101-111. DOI: 10.1007/s11255-018-1965-z. Epub 2018 Aug 22. PMID: 30136085.
2. Girón-Prieto, M. S, del Carmen Cano-García, M, Arrabal-Polo, M. Á, Poyatos-ndujar, A, Quesada-Charneco, M, de Haro-Muñoz, T, et al. Analysis of Vitamin D Deficiency in Calcium Stone-forming Patients. *International Urology and Nephrology*, 48(8), 1243-1246;2016. DOI:10.1007/s11255-016-1290-3 .
3. Leaf, D. E, Korets, R, Taylor, E. N, Tang, J, Asplin, J. R, Goldfarb, D. S, et al. Effect of Vitamin D Repletion on Urinary Calcium Excretion Among Kidney Stone Formers. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 7: 829-834; 2012. DOI:10.2215/CJN.11331111 .
4. Hu H, Zhang J, Lu Y, Zhang Z, Qin B, Gao H, Wang Y, Zhu J, Wang Q, Zhu Y, Xun Y, Wang S. Association between Circulating Vitamin D Level and Urolithiasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2017 Mar 18;9(3):301. DOI: 10.3390/nu9030301. PMID: 28335477; PMCID: PMC5372964.
5. Kozyrakis D, Paridis D, Karatzas A, Soukias G, Dailiana Z. Do Calcium Supplements Predispose to Urolithiasis? *Curr Urol Rep*. 2017 Mar;18(3):17. DOI: 10.1007/s11934-017-0668-9. PMID: 28233226.
6. Letavernier E, Daudon M. Vitamin D, Hypercalciuria and Kidney Stones. *Nutrients*. 2018 Mar 17;10(3):366. DOI: 10.3390/nu10030366. PMID: 29562593; PMCID: PMC5872784.
7. Schulster ML, Goldfarb DS. Vitamin D and Kidney Stones. *Urology*. 2020 May;139:1-7. DOI:10.1016/j.urology.2020.01.030. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32032687.

8. Millán-Rodríguez F, Gavrilov P, Gracia-García S, Angerri-Feu O, Sánchez-Martín FM, Villavicencio-Mavrich H. Implications of vitamin D deficiency in lithiasic patient and in general population. Actas Urol Esp. 2015 May;39(4):245-52. English, Spanish. DOI:10.1016/j.acuro.2014.06.002. Epub 2014 Jul 31. PMID: 25086998.
9. Tang J, Chonchol MB. Vitamin D and kidney stone disease. Curr Opin Nephrol Hypertens.2013 Jul;22(4):383-9. DOI: 10.1097/MNH.0b013e328360bbcd. PMID: 23739765.