

**ANAIS DO XIV CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DA UNIVERSIDADE  
METROPOLITANA DE SANTOS - 2019**

**Sumário**

1. Adenomastectomia profilática – aspectos atuais..... Página 01
2. Avaliação dos fatores de risco para a Doença Renal Crônica na região do município de São Vicente..... Página 05
3. Benefícios do score pupilar na Escala de coma de Glasgow. Revisão de literatura.....Página 10
4. Carcinoma secretor análogo de mama em glândula salivar menor (MASC)..... Página 13
5. Doença de Von Willebrand..... Página 19
6. Novas estratégias terapêuticas contra o vírus Ebola..... Página 24
7. Rara deleção intersticial 1q23.3q24.2 revelando genes candidatos para deficiência intelectual, alteração renal e microcefalia: relato de caso..... Página 29
8. Sinais de alerta nos casos de maus tratos à crianças e anciãos..... Página 32
9. Uso do Retalho Microcirúrgico Antebraquial Bipediculado para Reconstrução de Defeito Cirúrgico no Couro Cabeludo..... Página 37

10.Arterite temporal e a importância do diagnóstico precoce: Relato de caso.....	Página 46
11.Caracterização do perfil dos pacientes atendidos em um Ambulatório de Genética Médica na Baixada Santista.....	Página 53
12.Estado puerperal, existe? .....	Página 55
13.Intolerância à lactose: uma revisão da literatura.....	Página 60
14.Prevalência das doenças cardiovasculares dos residentes da cidade de São Vicente/SP.....	Página 66
15.Retossigmoidite Actínica – Relato de caso.....	Página 68
16.Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina. Revisão de literatura.....	Página 75
17.Tamoxifeno e endométrio.....	Página 79
18.O uso do “stent” no tratamento da hipertensão renovascular.....	Página 84
19.Amiloidose: Relato de Caso.....	Página 88
20.Avaliação do consumo alimentar de mulheres constipadas e não constipadas praticantes de musculação.....	Página 91

21. Avaliação dos fatores que influenciam a vitalidade neonatal na Baixada Santista.....	Página 96
22. Câncer de pele não melanoma do couro cabeludo em idoso: relato de caso.....	Página 105
23. Comparação de métodos para a detecção do vírus HPB em colo uterino.....	Página 110
24. Dermatite vesicante por besouro – relato de caso.....	Página 118
25. Fístula traqueoesofágica, uma complicação após ingestão acidental de bateria por criança de 1 ano de idade: relato de caso.....	Página 123
26. Prova pericial em caso de estupro.....	Página 128
27. Síndrome de Lynch - Relato de caso.....	Página 134
28. Carcinoma de células escamosas em paciente com líquen plano.....	Página 139
29. Revisão bibliográfica – Dilemas da Dosagem Alcoólica <i>in vivo</i> e <i>post mortem</i> .....	Página 144

30. Hemorragia digestiva alta associada ao uso de anti-inflamatório não esteroides (AINES) em paciente cirrótico – Relato de Caso..... Página 152
31. Nó em extremidade distal de cateter venoso central abordado por venotomia com anestesia local..... Página 155
32. Prevalência das doenças cardiovasculares nos trabalhadores portuários (TP) do Porto de Santos/SP..... Página 160
33. Siliconoma mamário: um relato de caso.....Página162
34. Síndrome Hellp em gestantes com Pré-eclâmpsia..... Página 168
35. Tratamento de Neuromielite óptica por Rituximabe – Relato de caso..... Página 174
36. Asfixia complexa: enforcamento, estrangulamento e esganadura..... Página 178
37. Biodisponibilidade comparativa de duas formulações de hemitartrato de Zolpidem em voluntários humanos saudáveis brasileiros..... Página 185
38. Efeitos da ingestão de suco de uva sobre a recuperação da dor de praticantes de Crossfit®..... Página 188
39. Espasmo Hemi-facial: Tratamento com Toxina Botulínica Tipo A..... Página 194

40. Relato de Caso: Fibrilação atrial paroxística em paciente ambulatorial com palpitações e Holter com ritmo sinusal: Eletrocardiograma de crise pode ser a única opção diagnóstica..... Página 199
41. Relato de caso: gastroenterite eosinofílica simulando apendicite aguda em adolescente..... Página 204
42. Pseudo-obstrução colônica aguda (Díndrome de Ogilvie) pós-gastrectomia subtotal no adenocarcinoma gástrico – relato de caso..... Página 206
43. Síndrome de Dandy Walker - Relato de Caso..... Página 209
44. Tratamento Endovascular da Hemorragia Digestiva Alta por Adenocarcinoma Gástrico Recidivado Avançado – Relato de caso..... Página 216

## **Adenomastectomia profilática – aspectos atuais**

*Priscilla Freitas Guimarães Silva Giusti<sup>1</sup>, Giovana Mara Manzari Pascoal<sup>1</sup>, Rafaella Esteves Marques<sup>1</sup>, Giullia Domeneghi Marques<sup>1</sup>, Maria Silvia Petty Moutinho<sup>2</sup>*

*1 Acadêmica do curso de medicina na Universidade Metropolitana de Santos 2 Docente da disciplina de Saúde da Mulher da Universidade Metropolitana de Santos*

*E-mail para contato: priscillafreitasgsgiusti@outlook.com*

### Introdução

O câncer de mama é conhecido por ser a principal causa de morte relacionada ao câncer nas mulheres brasileiras. Estima-se que o risco de uma mulher desenvolver carcinoma de mama no decorrer de sua vida é de, aproximadamente, 12%<sup>1</sup>. A mastectomia profilática consiste na remoção da mama normal, objetivando prevenir o câncer de mama<sup>2</sup>. Pode ser realizada bilateralmente em mulheres que nunca apresentaram esse tipo de tumor ou em mulheres que receberam tratamento para esse câncer e realizam a cirurgia na mama contralateral<sup>1</sup>.

### Objetivo

Verificar os aspectos atuais envolvendo a profilaxia do câncer de mama através da adenomastectomia, avaliando seus benefícios e indicações.

### Metodologia

Pesquisa em livros e artigos científicos em língua portuguesa e inglesa disponíveis nas bases de dados PubMed e SciELO. Foi incluído material publicado entre 2006 e 2018.

## Resultados/desenvolvimento

Há vários fatores de risco para desenvolvimento de câncer de mama, sendo o principal deles a idade acima de 50 anos<sup>1</sup>. Outros são: história de câncer de mama em algum parente de primeiro grau, menarca com idade inferior a 12 anos, assim como menopausa depois de 55 anos e primiparidade após os 30 anos<sup>1</sup>. Mutações nos genes supressores de tumor BRCA1 e BRCA2 estão relacionados a um risco cumulativo para desenvolvimento de câncer de mama de até 85%<sup>1</sup>. Assim, no caso de mutações nesses genes/susceptibilidade genética, há indicação para mastectomia profilática bilateral<sup>2</sup>. O índice de câncer de mama metacrônico é de 0,5% a 1,0% ao ano<sup>1</sup>. Além do antecedente pessoal de câncer de mama, o desenvolvimento de câncer de mama contralateral relaciona-se com a genética, características da neoplasia e história familiar<sup>3</sup>. Devido à existência de terapias sistêmicas bastante eficazes atualmente, as taxas de recorrência local, assim como de desenvolvimento da neoplasia na mama contralateral apresentam-se baixas (0,2 a 0,3% ao ano)<sup>4</sup>. Entretanto, caso existam mutações em BRCA1/2, o risco de a doença se desenvolver na mama contralateral é maior e pode alcançar 30 a 40% em 10 anos<sup>5</sup>. Apesar de ser controversa, a taxa de realização da mastectomia profilática contralateral vem aumentando<sup>1,6</sup>. Dentre os fatores relacionados à escolha pela realização desse procedimento são, destacam-se: idade abaixo de 50 anos, história de mutação de BRCA1 ou BRCA2, história familiar, acometimento linfonodal, fatores radiológicos, como microcalcificações difusas, medo do câncer de mama e disponibilidade da cirurgia de reconstrução<sup>7</sup>. O procedimento está relacionado com uma redução de 95% na incidência de câncer de mama contralateral<sup>3</sup>. Porém deve-se levar em consideração as possíveis complicações da cirurgia, as quais podem, por exemplo, causar atraso no início da terapia adjuvante,

e impacto na qualidade de vida ao cogitar sua realização 3,5. A mastectomia profilática bilateral diminui a taxa de câncer de mama em aproximadamente 95% em pacientes com mutações em BRCA 1 ou BRCA 2 e 90% em indivíduos com fortes antecedentes familiares de câncer de mama<sup>2</sup>. No entanto,

o impacto na taxa de sobrevivência ainda não foi totalmente esclarecido<sup>6</sup>. Assim, deve-se avaliar os riscos e benefícios do procedimento ao considerá-lo<sup>6</sup>. As técnicas utilizadas na realização das mastectomias profiláticas podem ser: mastectomia total ou subcutânea, a qual preserva pele e complexo aréolo-papilar<sup>1</sup>. Geralmente, a mastectomia profilática bilateral é realizada pela skin-sparing, uma variação da mastectomia total na qual a pele é preservada e há reconstrução mamária imediata<sup>1,8</sup>. É importante ressaltar que a mastectomia profilática não impede o desenvolvimento de uma neoplasia em 100% dos casos, já que certa quantidade de tecido mamário permanece sob a pele<sup>1</sup>. Várias pacientes que realizaram o procedimento relatam prejuízos na qualidade de vida, incluindo insatisfação com o resultado estético e dificuldades no relacionamento sexual<sup>1</sup>. Além disso, pacientes que realizam a mastectomia profilática podem relatar sensação de dor a longo prazo<sup>9</sup>. Contudo, há comprovações de benefícios do procedimento na esfera psicológica, ao reduzir a ansiedade dos pacientes<sup>10</sup>.

## Conclusão

A mastectomia profilática é indicada para mulheres com risco alto para desenvolvimento de câncer de mama. Apesar de ser um procedimento radical e agressivo, apresenta a vantagem de promover grande redução do risco de desenvolvimento desse câncer. Portanto, é necessário avaliar os benefícios e desvantagens ao considerar a realização desse procedimento.

## Referências bibliográficas



1- Boff RA, Wisintainer F. Mastologia moderna: abordagem multidisciplinar. 1. ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2006. 2- Razdan SN, Patel V, Jewell S, McCarthy CM. Quality of life among patients after bilateral prophylactic mastectomy: a systematic review of patient-reported outcomes. *Qual Life Res.* 2016 Jun;25(6):1409-21.

3- Simões RS, Bernardo WM, Silvinato A, Frank TA, Buzzini R. Contralateral prophylactic mastectomy. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2018 Jan; 64(1):3-8. 4- Euhus DM. Choosing Bilateral Mastectomy. *Breast J.* 2016 Nov;22(6):605-606. 5- Boughey JC, Attai DJ, Chen SL, Cody HS, Dietz JR, Feldman SM, et al. Contralateral Prophylactic Mastectomy (CPM) Consensus Statement from the American Society of Breast Surgeons: Data on CPM Outcomes and Risks. *Ann Surg Oncol.* 2016 Oct;23(10):3100-5. 6- Chagpar AB. Prophylactic bilateral mastectomy and contralateral prophylactic mastectomy. *Surg Oncol Clin N Am.* 2014 Jul;23(3):423-30. 7- Soran A, Kamali Polat A, Johnson R, McGuire KP. Increasing trend of contralateral prophylactic mastectomy: what are the factors behind this phenomenon? *Surgeon.* 2014 Dec;12(6):316-22. 8- Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. *Ginecologia de Williams.* 2. ed. Porto Alegre: AMGH Editora LTDA, 2014. 9- Gahm J, Wickman M, Brandberg Y. Bilateral prophylactic mastectomy in women with inherited risk of breast cancer--prevalence of pain and discomfort, impact on sexuality, quality of life and feelings of regret two years after surgery. *Breast.* 2010 Dec;19(6):462-9. 10- Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A, et al. Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *J Clin Oncol.* 2008 Aug 20;26(24):3943-9.

Palavras-chave: câncer de mama; adenomastectomia profilática; aspectos atuais.

## **Avaliação dos fatores de risco para a Doença Renal Crônica na região do município de São Vicente**

*Autores*

*Marcella Mancini de Sousa; Mariana Tiemi Kishida Nakata; Carlos Eduardo Slateff Baldini; Laura dos Anjos Faria Lemos; Katia Barros, Edgar Maquigussa*

*E-mail do autor principal -[mancinimarcella17@gmail.com](mailto:mancinimarcella17@gmail.com)*

Palavras chaves:

Doença Renal Crônica, Hipertensão arterial, Diabetes mellitus.

Introdução

A doença renal crônica (DRC) é definida pela perda funcional ou estrutural dos rins, presentes por mais de três meses, ela é caracterizada pela perda irreversível da função renal, sendo sua avaliação feita através da albuminúria, razão albumina/creatinina urinárias (RAC), e através da estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG)(1). Em sua fase mais avançada os rins não mantêm mais a homeostase interna do paciente sendo necessária uma terapia renal substitutiva (transplante ou diálise). A DRC constitui um sério problema de saúde pública, sendo considerada uma “epidemia” de crescimento alarmante, no Brasil a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise mais que dobrou nos últimos oito anos (2). Estima-se que existam mais de 2 milhões de brasileiros portadores de algum grau de disfunção renal, entretanto grande parte dessas pessoas desconhecem ou são subdiagnosticadas.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DRC são: diabetes mellitus, hipertensão arterial, envelhecimento e história familiar de DRC (3). Portanto, é extremamente importante o diagnóstico precoce e o conhecimento da doença pela população.

Conseqüentemente, a baixada santista é uma região que concentra grande quantidade de idosos, se tornando uma região de propensa para uma maior incidência de portadores de DRC. Portanto, a avaliação epidemiológica desses moradores é extremamente importante para o desenvolvimento de campanhas de prevenção e conscientização da DRC.

### Objetivo

O objetivo desse trabalho foi avaliar a prevalência dos principais fatores de risco que estão associados com o desenvolvimento da DRC, através da análise epidemiológica dos dados obtidos de um questionário respondido pela população no mutirão “Blitz da Saúde” realizado no município de São Vicente.

### Metodologia

O projeto envolve um estudo transversal com característica descritiva, através de uma análise quantitativa dos dados coletados, através da aplicação de um questionário elaborado pela Liga de Nefrologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES). O questionário foi preenchido durante ação Social denominada “Blitz da Saúde” realizada na cidade de São Vicente em 2018. O mutirão foi organizado pelo Centro Acadêmico Dr. Jose Martins Fontes do Curso de Medicina da UNIMES com parceria da ONG *International Federation of Medical Students Association* (IFMSA), contando com apoio das secretarias de Saúde e de Turismo de São Vicente.

O questionário contém perguntas para avaliar a presença de fatores de risco para doença renal crônica, como diabetes e hipertensão arterial e o tempo de diagnóstico da doença. Além disso, os voluntários também responderam sobre a característica da urina, se apresentaram infecções urinárias de repetição ou litíase renal.

### Resultados

O banco de dados foi composto por registros de 72 entrevistados, sendo 51% do sexo feminino e 49% do sexo masculino. Dos entrevistados 42% possuíam mais de 60 anos. Todos os entrevistados eram procedentes da região de São Vicente. Contudo, quando questionados sobre o local de nascimento, a maior parte da população (86%) eram naturais de outros locais.

Destes entrevistados 46% afirmaram ter hipertensão arterial, a maioria com mais de 10 anos de diagnóstico. Além disso, 31% dos entrevistados possuem diabetes, sendo que 27% deles afirmaram ter uma pior da doença nos últimos 2 anos. Dentre eles 23% afirmaram possuírem tanto diabetes quanto hipertensão.

### Discussão

Existem poucos dados disponíveis sobre a prevalência da doença renal no Brasil, um estudo populacional do Brasil de 2004 (4) estima que pelo menos 25% da população brasileira tenha hipertensão arterial, ou seja, cerca de 26 milhões de indivíduos. Levando-se em conta que não mais do que 15% teriam a pressão arterial adequadamente controlada, podemos concluir que 85% apresentam potencial para evoluir com algum grau de insuficiência renal (4). A hipertensão arterial (HA) é a principal causa de DRC no Brasil, responsável por cerca de 40% dos pacientes. Já um segundo estudo populacional de 2006 (5) sobre diabetes estima que a prevalência da doença varia de 18% na Região Norte até 28% na Região Sudeste.

A prevalência de HA e DM está entre 50 a 69 anos, não diferindo dos dados publicados tanto pela Sociedade Brasileira de Hipertensão como a Sociedade Brasileira de Diabetes (6).

Os resultados deste estudo evidenciaram uma prevalência maior de pacientes com hipertensão 46% e diabetes 31%, se comparado com os demais estudos, este fato pode ser devido a população estudado ser na sua maioria de idosos com mais de 60 anos.

Temos que considerar além da faixa etária dos pacientes a relação direta entre essas doenças os hábitos de vida, que por sua vez são influenciados pela condição sócio-econômica do indivíduo. Dessa forma, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que o produto interno bruto (PIB) de São Vicente é 46,05% da média brasileira. Portanto, a menor renda da população, e conseqüentemente um menor investimento em saúde não explicitam uma relação direta mas criam um panorama favorável a progressão de doenças que no início tem quadros subclínicos, e apenas posteriormente evoluem com sintomatologia.

### Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciaram a maior prevalência da população estudada portadores de hipertensão arterial e diabetes. Conseqüentemente, indica um alto índice de pacientes que necessitam de monitoramento e referenciamento junto à equipe especializada. Registra-se que o fato desse estudo não ser longitudinal limita os resultados a uma época específica. Nesse sentido, estudos epidemiológicos longitudinais que avaliem a prevalência da DRC na população em geral e principalmente em grupos de risco tornam-se importantes a fim de reduzir o número de pacientes que necessitam de terapia substitutiva da função renal.

### Referência

1. Levin A, Stevens PE, Bilous RW , Coresh J. De Francisco ALM, De Jong PE et al. Doença renal: Melhorando os resultados globais (KDIGO) grupo de trabalho para DRC. Diretriz de prática clínica KDIGO 2012 para avaliação e tratamento da doença renal crônica . Suplementos Internacionais ao Rim . 1 de janeiro de 2013; 3 (1): 1-150.
2. Ionta MR, Silveira JM, Carvalho RDG, Silva SCC, Souza ACP, Magno IMN. Analisando o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que realizaram transplante renal em um hospital beneficente. Rev Para Med 2013; 27: 74-8

3. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Perfil da doença renal crônica: o desafio brasileiro [periódico na Internet]. 2007 [Acesso 20 de julho de 2019]; Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Doenca\\_Renal\\_Cronica.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Doenca_Renal_Cronica.pdf)
4. Romão Jr JE. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. J Bras Nefrol 2004; 26:1-3.
5. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo 2006 para o tratamento dialítico crônico.[periódico na Internet] 2006 [Acesso em:30 jul 2006] Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2006/censoSBN2006.ppt>.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão (São Paulo); 2006.

## **Benefícios do score pupilar na Escala de coma de Glasgow. Revisão de literatura.**

*Lorenzo Herrera Della Bidia<sup>1</sup>, Matheus Augusto Fonseca Barreira<sup>1</sup>, Luiza Soares de Melo Costa<sup>1</sup>, Luiz Ricardo Pamplona Nascimento de Barros Mainardi<sup>2</sup>*

*1. Acadêmicos do curso de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos. 2. Médico Intervencionista regulador do SAMU na cidade de Santos.*

*E-mail para contato: luucosta23@gmail.com.*

### Introdução

A escala de coma de Glasgow foi descrita em 1974 por Graham Teasdale e Bryan Jennett, com o objetivo de comunicar o nível de consciência de pacientes com dano cerebral agudo. Desde então diversos estudos comprovando sua eficácia foram feitos e sua simplicidade e facilidade de comunicação foram bem vistos em unidades responsáveis por danos cerebrais agudos e traumas. Em 1979, a escala foi estudada e seus três componentes básicos serviram como base de um index para a realização de um sistema de score, o comumente utilizado Glasgow Coma Scale Score (GCS score)[1,2,3]. O uso da escala e seu primeiro sistema de score foi promovido quando esta foi recomendada em 1980 para avaliação de todos os feridos, na primeira edição do Advanced Trauma and Life Support (ATLS) e em 1988 pela World Federation of Neurosurgical Societies (WFNS) para graduar pacientes com hemorragia subaracnoide. [4,5] Progressivamente a escala passou a ter um papel central em guidelines e compondo métodos de score para vítimas de trauma ou doentes críticos. A escala permaneceu sem alterações notáveis por mais de 40 anos, sendo descrito um novo índice derivado em 2018 no Journal of

Neurosurgery.[1,2,4,5,6] O novo índice, agora composto além dos 3 parâmetros da escala de coma, agrega também a reatividade pupilar, visando avaliar a função do tronco cerebral.[1,2]

## Objetivo

Reconhecer e identificar possíveis benefícios que a resposta pupilar acrescenta ao score da escala de coma de Glasgow, agora denominada Glasgow Coma Scale – Pupils Score (GCS-P).

## Metodologia

Análise de estudos prévios por meio de pesquisa na plataforma PubMed.

## Resultado/Desenvolvimento

A qualidade metodológica e confiabilidade da GCS na avaliação e manutenção do quadro de um paciente com danos neurológicos é indiscutível. Os novos estudos visando determinar ganhos com esta inclusão determinaram que haveria um aumento significativo no rendimento da informação, alcançando performance similar de métodos mais complexos - consequentemente uma maior gama de agravos pode ser identificada, mantendo a simplicidade e praticidade original do sistema de score (GCS). Os resultados obtidos mostraram que a queda do GCS-P estava relacionada ao efeito de deterioração cerebral em todos os possíveis scores., além do aumento da fidedignidade do score, sendo sua superioridade validada pela substituição na décima edição do Advanced Trauma and Life Support (ATLS)- 2018.



## Conclusão

Considerando o revisto, a Escala de Glasgow atualizada com o uso da escala de reatividade pupilar permitirá ao paciente traumatizado ou crítico uma melhor abordagem sobre o dano cerebral e proporcionará uma melhor abordagem terapêutica. Como apresentado, a inclusão desse critério é essencial para uma rápida avaliação e mostrou sua importância ao ser incluída na nova edição do ATLS-2018.

## Referências:

1. Brennan PM, Murray GD, Teasdale GM. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity J Neurosurg 128:1612–1620, 2018
2. Murray GD, Brennan PM, Teasdale GM: Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 2: Graphical presentation of probabilities. J Neurosurg. 128(6):1621-1634. 2018
3. Benzer A, Mitterschiffthaler G, Marosi M, Luef G, Pühringer F, De La Renotiere K, et al: Prediction of non-survival after trauma: Innsbruck Coma Scale. Lancet 338:977–978, 1991
4. Born JD: The Glasgow-Liège Scale. Prognostic value and evolution of motor response and brain stem reflexes after severe head injury. Acta Neurochir (Wien) 91:1–11, 1988
5. Wijdicks EFM, Bamlet WR, Maramattom BV, Manno EM, McClelland RL: Validation of a new coma scale: The FOUR score. Ann Neurol 58:585–593, 2005
6. Moore NA, Brennan PM, Baillie JK: Wide variation and systematic bias in expert clinicians' perceptions of prognosis following brain injury. Br J Neurosurg 27:340–343, 2013

## **Carcinoma secretor análogo de mama em glândula salivar menor (MASC).**

### **Analogous breast secretory carcinoma in the minor salivary gland (MASC).**

*Lucas Moreno Ponso<sup>1</sup>, Victor Pereira Zerbinatti<sup>1</sup>, Rogério Aparecido Deditis<sup>2</sup>.*

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

*<sup>2</sup> Professor Livre Docente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Professor Titular de Iniciação Científica da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos/SP, Brasil.*

*Correspondência: Rua Padre Vieira, 625 apto. 71, Santo André, São Paulo.*

*E-mail: llucasmorenoponso@gmail.com*

Parecer Consubstanciado do CEP: CAAE: 09615219.5.0000.5509, Número do Parecer: 3.534.532

#### Resumo

O Carcinoma Secretor Análogo de Mama (MASC) é uma neoplasia rara e normalmente confundida com outras neoplasias locais na região das glândulas salivares, possui grande similaridade com o carcinoma secretor da mama e seu diferencial das outras neoplasias é principalmente a fusão do gene ETV6-NTRK3. Relatamos um caso de uma paciente que apresentou sangramento e lesão submucosa gengival, com o exame histopatológico inicial revelando neoplasia de glândula salivar de baixo grau. A tomografia computadorizada revelou a lesão junto ao dente 28, com extensão para o soalho do seio maxilar esquerdo e para a mucosa de palato e foi realizada ressecção da infraestrutura, com diagnóstico de carcinoma secretor análogo de mama em glândula salivar menor.

Descritores: Carcinoma. Neoplasia de Glândulas Salivares. Glândulas Salivares Menores. MASC.

#### Abstract

Breast Cancer Secretory Carcinoma (MASC) is a rare neoplasm and usually confused with other local neoplasms in the salivary gland region, it has great similarity with the breast carcinoma and its differential of the other neoplasms is mainly the fusion of the gene ETV6-NTRK3. We report a case of a patient who presented with gingival submucosal bleeding and lesion, with the initial histopathological examination revealing salivary gland neoplasm of low crane. Computed tomography revealed the lesion near the tooth 28, with extension to the floor of the left maxillary sinus and to the palate mucosa. Resection of the infrastructure was performed, with a diagnosis of breast cancer secretory carcinoma in the minor salivary gland.

Key words: Carcinoma. Neoplasm of Salivary Glands. Minor Salivary Glands. MASC.

Objetivo do trabalho: Estudo de tumor de glândula salivar menor.

#### Introdução

O carcinoma secretor análogo de mama (MASC) é um tumor raro de glândulas salivares primeiramente descrito por Skalova *et al.*, em 2010<sup>1</sup>. Apresenta a mesma composição histológica e molecular do carcinoma secretor de mama<sup>2</sup>, não apresentando zimógenos granulares, positiva a mama globina e material extracelular semelhante a coloide. Essas características diferenciam-no de um tumor típico de glândulas salivares<sup>1</sup>. O MASC é um tumor bastante raro. Foram documentados, desde seu primeiro relato em 2010 até 2016, 90 casos e, destes, dois terços foram descritos em glândulas parótidas e o restante em glândulas salivares menores e submandibulares<sup>3</sup>.

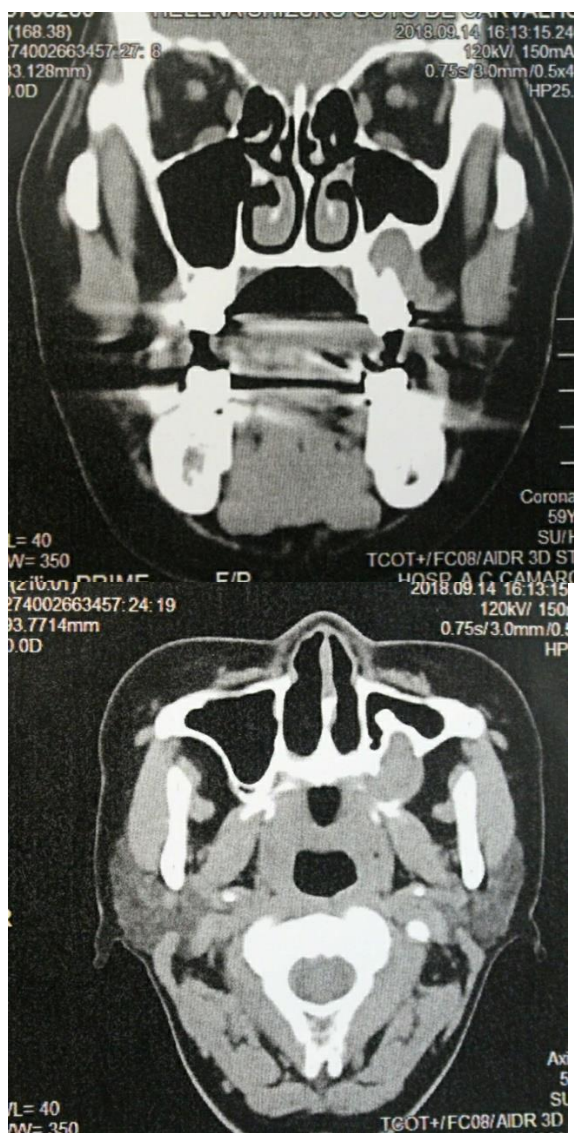
O MASC compartilha características de translocação das proteínas ETV6-NTRK3 e imunofenótipo com o carcinoma secretor de mama. Este gene fundido codifica uma enzima tirosina quinase atípica, esta possui um potencial transformador que tem papel principal na oncogênese. Concebivelmente, um inibidor molecular tirosina-quinase pode ser utilizado como tratamento para os pacientes portadores do gene ETV6-NTRK3<sup>4</sup>, o tamanho da massa tumoral varia de 2 a 55mm.

Estudos anteriores diagnosticaram o MASC como carcinoma de células acinares de baixo grau, no qual se desenvolve uma massa indolor, de crescimento lento e de prognóstico geralmente favorável. No entanto, existem casos relatados de formas mais agressivas de MASC, nas quais houve metástase em linfonodos e até mesmo óbitos relacionados a esse carcinoma<sup>5</sup>.

#### Relato de caso

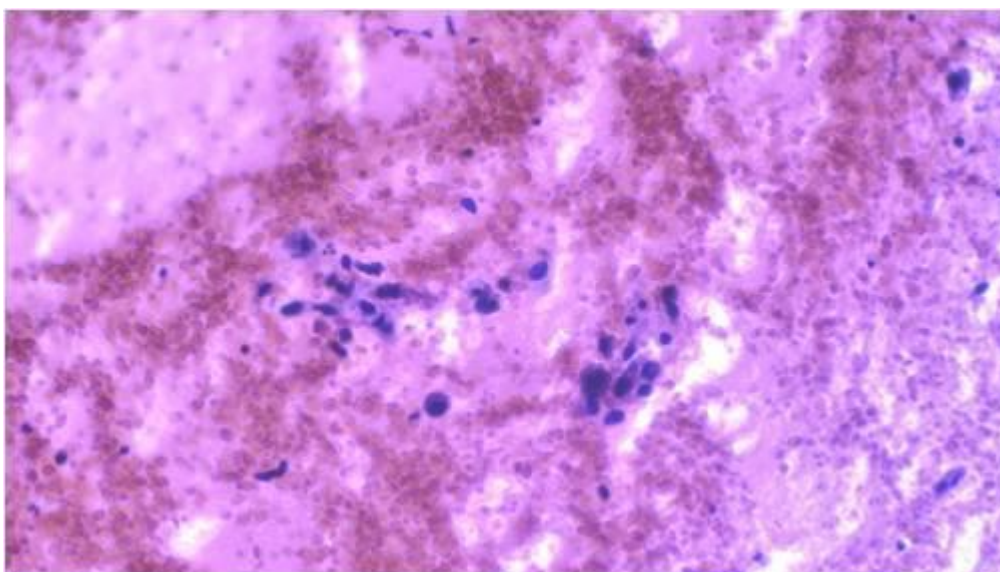
Paciente feminina, de 56 anos, relatava sangramento gengival discreto havia 3 meses, perdurando por 5 dias e cessando espontaneamente. Passou sob avaliação de um odontólogo que detectou lesão gengival, realizando biopsia para exame histopatológico. Negava tabagismo e etilismo e utilizava colírio para glaucoma. O exame histopatológico revelou neoplasia epitelial de baixo grau, sugestivo de carcinoma de células acinares de baixo grau, de glândula salivar menor. Estava em bom estado geral e o exame locorregional mostrava lesão nodular de cerca de 8 x 3mm, de superfície lisa, junto ao 2º molar superior esquerdo, sem evidência de linfonodomegalia.

A tomografia computadorizada revelou uma lesão de 25 x 22 x 16mm junto ao dente 28, com extensão para o soalho do seio maxilar esquerdo, com extensão para mucosa de palato – Figura 1



*Figura 1: TC, corte coronal e axial respectivamente, mostrando massa com pouco realce em fossa pterigopalatina esquerda empurrando ventralmente a parede posterior do seio maxilar ipsilateral, sem evidência de lise óssea.*

Foi submetida à ressecção de microestrutura com exodontias intraoperatórias, sem esvaziamento cervical e com reconstrução com retalho jugal de avanço. Apresentou boa evolução. O diagnóstico histopatológico mostrou carcinoma secretor análogo mamário (MASC) – Figura 2. Segue em acompanhamento ambulatorial, sem evidência clínica e radiológica de recidiva após 8 meses.



*Figura 2: Imunohistoquímica típica e correspondente com a doença.*

## Discussão

O MASC é muito raro, tendo apenas 90 casos relatados na literatura mundial e ter o conhecimento histopatológico desta doença é essencial para diferenciá-la de outros diagnósticos, tais como carcinoma de células acinares de baixo grau, cisto adenocarcinoma e carcinoma mucoepidermoide de baixo grau<sup>1</sup>.

O caso relatado inicialmente havia sido diagnosticado como carcinoma de células acinares de baixo grau, sendo classificado como MASC apenas após a confirmação histopatológica. O local de crescimento tumoral também condiz com a literatura tendo uma lesão com extensão para a mucosa de palato, característico do MASC<sup>3</sup>, além do tamanho do nódulo apresentando um tamanho de aproximadamente 24mm<sup>4</sup>.

Em conclusão, MASC é uma neoplasia glândulo-salivar bem definida morfológica e anatomicamente, ele pode compartilhar de semelhanças microscópicas com outras neoplasias locais e seu diagnóstico final baseia-se na presença da alteração molecular que é a fusão do gene ETV6-NTRK3<sup>4</sup>.

Deve-se destinar mais estudos para esta patologia e, é importante também, maior conhecimento dos médicos e odontologistas sobre este tema, pois seu

tratamento e prognóstico é diferente das outras patologias as quais são confundidas.

## Referências

1. Roy S, Saluja K, Zhu H, Zhao B. Mammary analogue secretory carcinoma of minor salivary glands: A rare case series and review of the literature. *Anna Clin Laborat Sci*. 2018;48(1):94-9.
2. Serrano-Arévalo ML, Mosqueda-Taylor A, Domínguez-Malagón H, Michal M. Mammary analogue secretory carcinoma (MASC) of salivary gland in four Mexican patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;1;20(1):e23-9.
3. Hindocha N, Wilson MH, Pring M, Hughes CW, Thomas SJ. Mammary analogue secretory carcinoma of the salivary glands: A diagnostic dilemma. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2017;55(3):290-2.
4. Majewska H, Skálová A, Stodulski D, Klimková A, Steiner P, Stankiewicz C, et al. Mammary analogue secretory carcinoma of salivary glands: a new entity associated with ETV6 gene rearrangement. *Virchows Arch*. 2015;466(3):245-54.
5. Kai K, Minesaki A, Suzuki K, Monji M, Nakamura M, Tsugitomi H, et al. Difficulty in the cytodiagnosis of mammary analogue secretory carcinoma: Survey of 109 cytologists with a case originating from a minor salivary gland. *Acta Cytol*. 2017;61(6)469-76.

## **DOENÇA DE VON WILLEBRAND**

### **REVISÃO DE LITERATURA**

Autor:

Bruna Luiza Pelicer 1, Danielle Jost Stralio<sup>1</sup>, Isabella Cipriani 1, Veronica Bueno de Moraes<sup>1</sup>, Arthur Oliveira Aguiar<sup>2</sup>

Endereço eletrônico: isabellacip\_27@hotmail.com

1. Acadêmica do Curso de Medicina da UNIMES
2. Médico residente de cirurgia geral.

#### **Introdução**

A doença de Von Willebrand (VWD) é o distúrbio hemorrágico hereditário mais comum. A prevalência estimada de pacientes com DVW com sangramento clinicamente relevante é de 1:10.000 <sup>1</sup>.

A doença foi descrita por Eric von Willebrand em em 1926, como “pseudohemofilia, sem predomínio de sexo. No início acreditava-se tratar de uma disfunção das plaquetas ou de uma alteração vascular. Já nos anos 50, foi descrita como a diminuição do fator VIII da coagulação. E com a evolução dos estudos transfusionais se detectou que havia um encurtamento do tempo de coagulação destes pacientes quando transfundidos com plasma fresco ou frações de plasma <sup>2</sup>, ficando evidente que era ocasionada por um déficit de um fator plasmático. A este fator denominou-se Fator de von Willebrand (FvW). A pesquisa para o diagnóstico da doença é feita quando presente uma história de hemorragias mucocutâneas com repetição, e que muitas vezes está associada com casos semelhantes na família<sup>3</sup>.

#### **Objetivo**



Sintetizar e analisar as informações contidas na literatura sobre doença de Von Willebrand e seu subdiagnóstico, sendo esta uma doença de grande relevância na aplicação de terapêuticas médicas.

## Metodologia

Revisão de literatura sistematizada pelas bases de dados Pubmed e Scielo no período de 1999 até 2019. Foram selecionados os artigos que abordassem a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento adequado da DvW.

## Resultados/Desenvolvimento

A DvW é um defeito complexo e heterogêneo com etiologia multifatorial, e os mecanismos fisiopatológicos permanecem pouco claros. Nela ocorre uma mutação no cromossomo 12 e tem como característica a deficiência qualitativa ou quantitativa do FvW. Existem diversas mutações que leva ao surgimento do quadro clínico possibilitando a divisão dos pacientes em vários subtipos clínicos. A coagulopatia se manifesta basicamente através da disfunção plaquetária associada à diminuição dos níveis séricos do fator VIII coagulante<sup>4</sup>.

O FvW é uma grande glicoproteína multimérica com subunidades monoméricas de 22.000 dáltons<sup>5</sup>. Tem peso molecular de até 20 milhões de dáltons e suas propriedades de aglutinação são mediadas predominantemente pelos multímeros de maior peso molecular. É sintetizado pelos megacariócitos, células endoteliais e plaquetas. Sabemos que ele é o único fator da coagulação que não é produzido no fígado<sup>3</sup>. O FvW esta na sua maior parte localizado no plasma, aonde faz a função de formação do complexo Fator VIII:C, mas também se encontra armazenado nos corpúsculos de Weibel-Palade nas células endoteliais, e nos grânulos alfa das plaquetas.<sup>1</sup> Esse fator tem como funções auxiliar a adesão de plaquetas ao subendotélio do vaso que estará lesado e formar complexo com o F

VIII:C, que será protegido de sua ativação prematura e impedindo sua degradação proteolítica. Sendo a formação inadequada do FvW ou a formação normal porém em quantidade baixa, leva à deficiência na adesão plaquetária com prejuízo na hemostasia primária e diminuição da meia-vida do F VIII:C.<sup>6</sup>

Tem um quadro clínico abrangente e variado que depende do subtipo da doença porém as manifestações clínicas mais comuns são: epistaxe, menorragia, sangramento gengival, equimose, hematoma, hemorragia gastrointestinal, hemartrose. E sangramento prolongado após procedimentos cirúrgicos. É importante na avaliação, realizar um anamnese levando em consideração a presença de manifestações hemorrágicas após procedimentos invasivos.<sup>7</sup> O tempo de aparecimento do quadro hemorrágico é de importância fundamental, devido à possibilidade de DVW adquirida, na maioria das vezes secundária a doenças autoimunes e malignas (principalmente linfoma ou mieloproliferativas).<sup>8</sup>

O diagnóstico da doença pode ser feito pela pesquisa do tempo de sangramento e o tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa), porém esses exames podem estar no seu padrão de normalidade, tendo em vista esse viés, se basear isoladamente nesses resultados pode não conferir o diagnóstico da doença<sup>9</sup>. O TTPa tem por objetivo mostrar o nível de F VIII:C e normalmente existe o suficiente fator em condições basais para normalizar o exame <sup>10</sup>. Se o TTPa estiver muito prolongado é provável que se trate de um caso de doença grave. Cohen e col. afirmaram em seu relato que o TS ajuda a definir o risco e que o nível de F VIII acima de 60% resulta em TS normal com ausência de tendência ao sangramento. A contagem de plaquetas geralmente está normal, mas no subtipo 2B pode estar diminuída<sup>10</sup>.

O diagnóstico preciso só é confirmado após a realização da dosagem do F VIII:C, quantificação do antígeno do FvW e pesquisa da atividade do co-fator ristocetina. A atividade do co-fator da ristocetina é o teste mais específico para a função plaquetária e pode apresentar-se diminuído mesmo na doença leve<sup>11</sup>. As concentrações plasmáticas do FvW variam de acordo com a idade. Os recém-nascidos tem níveis mais elevados, e só atingem os valores dos adultos ao redor

dos 6 meses de idade. Por esse motivo, nessa faixa etária é difícil o diagnóstico ou a exclusão da DVW. Trabalhos mostram o FvW aumentando lentamente durante a idade adulta, numa taxa de 10UI/dL por década<sup>12</sup>. Tem como meta a elevação da proteína deficiente em episódios hemorrágicos e antes de procedimentos cirúrgicos. Inclui o uso de medidas locais (como compressão local prolongada), a desmopressina (DDAVP- é análogo da vasopressina e leva ao aumento do FVIII e FvW autólogos), o emprego de concentrados comerciais que contenham FVIII/FvW e as medidas auxiliares, como pílulas combinadas de estrógeno-progesterona para diminuir a proliferação endometrial e controle de pequenas hemorragias.<sup>13</sup>

Conclusão:

A DvW é um distúrbio hemorrágico genético comum, ela é resultado da deficiência quantitativa ou disfunção do FvW, uma glicoproteína necessária para a adesão plaquetária ao endotélio lesado e também para a preservação do fator VIII na circulação. Apesar da sua alta prevalência é as vezes subdiagnosticada por possui um quadro complexo, e quadro clínico inespecíficos, havendo a necessidade de exames laboratórios para seu diagnóstico.

Palavras chaves: fator de von Willebrand, doença de von Willebrand, coagulopatia.

## 6 Bibliografia

- 1- Leebeek FWG, Atiq F. How I manage severe von Willebrand disease. Br J Haematol. 2019 Sep 9.
- 2- Beutler et al. Williams Hematology, 5ª edição. Mc Graw Hill
- 3- Lee R, et al. Wintrobe's Clinical Hematology 1999.
- 4- Allen GC, Armfield DR, Bontempo FA et al. — Adenotonsillectomy in children with von Willebrand disease. Arch Otolaringol Head Neck Surgery.1999; 125:547-551.

- 5- Leebeek FW, Eikenboom JC. Von Willebrand's Disease. N Engl J Med. 2016 Nov 24;375(21):2067-2080.
- 6- Kessler CM — Deficiência dos Fatores da Coagulação, em: Goldman L, Bennett JC Cecil Tratado de Medicina Interna, 21ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2001;1116-125.
- 7- Rapaport SI — Distúrbios Hemorrágicos, em: Bondy PK, Junior PD, Douglas RG et al. — Manual Merk de Medicina, 16ª Ed, São Paulo, Roca. 1992;1183-1207.
- 8- Petrovitch CT, Drummond JC — Hemoterapia e Hemostasia, em: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK — Anestesia Clínica, 4ª Ed, São Paulo, Manole. 2004;201-238.
- 9- Beer Jr — A Coagulação e Coagulopatias, em: Yamashita AM, Takaoka F, Auler Junior JOC et al. — Anestesiologia SAESP, 5ª Ed, São Paulo, Atheneu. 2001;437-450
- 10- Stehling L — Blood Transfusion and Component Therapy, em: Gregory GA — Pediatric Anesthesia, 4<sup>th</sup> Ed, São Francisco, Churchill Livingstone. 2002;117-144
- 11- Kessler CM — Deficiência dos Fatores da Coagulação, em: Goldman L, Bennett JC Cecil Tratado de Medicina Interna, 21ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2001;1116-125.
- 12- FEDERICI, A. B.; MANNUCCI, P. M. Diagnosis and management of von Willebrand disease. Haemophilia, [SI]. 1999;5:28-37.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Brasília; Ministério da Saúde; out. 2006. 44 p. ilus, tab.(A. Normas e Manuais Técnicos). Português | ACERVO | ID: mis-9450

## **Novas estratégias terapêuticas contra o vírus Ebola**

*Flávia Rodrigues de Oliveira <sup>1</sup>; Letícia Franco Nano da Veiga<sup>1</sup>; Roberto de Muniz Júnior<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Estudantes da faculdade de medicina UNIMES <sup>2</sup> Infectologista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas*

*Email: [flavia.windows@gmail.com](mailto:flavia.windows@gmail.com); [lelenano99@hotmail.com](mailto:lelenano99@hotmail.com); [Rmunizjr@gmail.com](mailto:Rmunizjr@gmail.com)*

### **Introdução**

A doença do vírus Ebola (EVD) é uma febre hemorrágica grave que resultou em cerca de 11 mil mortes na epidemia de 2014 que ocorreu África Ocidental, iniciando-se pela Guiné. Atualmente, a doença é considerada uma emergência de saúde pública de preocupação internacional pela OMS, devido aos surtos na República Democrática do Congo (RDC).

A doença é transmitida através das secreções humanas, e o período de incubação da pode variar de 2 até 21 dias. As manifestações iniciais assemelham-se com outras doenças tropicais, mas o paciente pode evoluir rapidamente para a fase terminal hemorrágica, caracterizada por sangramentos internos e subcutâneos particulares, hematêmese e vermelhidão ocular. Essa fase pode progredir para insuficiência renal, dificuldades respiratórias, choque e até morte. A fisiopatologia da doença é complexa, incluindo imunossupressão, desregulação de citocinas (tempestade de citocinas), anormalidades na coagulação e disfunção vascular. <sup>1</sup>

A suspeita requer intervenções imediatas como o isolamento do paciente, assim como a necessidade de terapêutica precoce. Atualmente, a terapêutica da doença é essencialmente focada em medidas de suporte. No entanto, os recentes surtos da doença fomentaram pesquisas e estudos para o desenvolvimento de fármacos que combatessem o vírus.

### **Objetivos**

O objetivo dessa revisão literária é identificar as novas estratégias terapêuticas vigentes no desenvolvimento do tratamento da EVD.

### Metodologia

O estudo é uma revisão de literatura, utilizando métodos livres de busca no Pubmed. Foram pesquisados artigos científicos com data de publicação a partir de 2015 e revisões de literatura. Palavras-chave: Ebola; therapeutic.

### Resultados

Foram encontrados 269 artigos científicos a partir das palavras chave, sendo selecionados 39 artigos com título relacionados às novidades terapêuticas e Ebola. Dentre esses, 6 artigos foram selecionados como moldes a essa revisão, devido à importância para conjuntura atual dos estudos e testes clínicos dos fármacos em indivíduos infectados com Ebola.

### Discussão

Após os surtos de EVD em 2014 e a evidência de sua alta taxa de letalidade (até 90%), o desenvolvimento do tratamento farmacológico para o combate do vírus se tornou necessário. O desenvolvimento terapêutico requer a identificação de proteínas, RNA ou outros componentes biológicos derivados do hospedeiro ou do patógeno que tornarão alvos de drogas adequados. <sup>2</sup>

Os fármacos podem ser classificados em: antivirais de atuação direta ou indireta, ou dirigida pelo hospedeiro. Os antivirais têm como alvo os componentes ou ações virais, idealmente, sem prejudicar os processos de defesa do hospedeiro, entretanto, são mais suscetíveis à mecanismos de resistência. Já as terapias dirigidas ao hospedeiro modulam especificamente a resposta do hospedeiro ao vírus, como na estimulação imunológica, ou na melhora dos processos de defesa, sem interferir no vírus. <sup>3</sup>

Os antivirais ainda podem ser classificados de acordo com a fase que agem no ciclo de vida do vírus, na entrada na célula, replicação do genoma e morfogênese, e brotamento de novas partículas virais. O vírus responsável pela doença é do gênero Ebolavirus da família Filoviridae, que possui material genético RNA negativo e se replica no citoplasma das células. Inicialmente, os alvos são as células dendríticas e macrófagos, mas o vírus possui amplo tropismo celular e pode infectar vários tipos de células, como células NK e monócitos.<sup>1</sup> Não somente o vírus as utiliza como maquinários de replicação viral, como inibe suas funções de reconhecimento e recrutamento de outras células imunológicas, e as manipula emitindo sinais para as demais células que culminam em morte, ou para a produção de citocinas pró inflamatórias, e ativação de neutrófilos circulantes.

Os atuais fármacos em pesquisa são: ZMapp, mAb114 e REGN-EB3. O ZMapp, mAb114 e REGN-EB3 são fármacos que atuam no processo de invasão do vírus na célula hospedeira, enquanto o TKM-Ebola interfere na replicação do genoma viral. O ZMapp é um fármaco capaz de aumentar a imunidade tanto em jovens, adultos e imunodeprimidos. É constituído de três anticorpos monoclonais quiméricos dirigidos contra as glicoproteínas de superfície do vírus, na região GP1,2. Dois atuam como neutralizantes, bloqueiam as mudanças estruturais necessárias para o processo de adesão do vírus à célula, enquanto um facilita a citotoxicidade mediada por células dependente de anticorpos.<sup>3</sup> O Zmapp é o único fármaco atualmente testado em ensaios clínicos de forma randomizada, utilizado no estudo PREVAIL II na África Ocidental.<sup>4</sup> Em sua administração em 25 pacientes, 23 sobreviveram sem mostrar eventos adversos graves após receber três doses de cada coquetel de anticorpos. No entanto, sua eficácia não pôde ser comprovada pois os pacientes também receberam outros tratamentos, incluindo transfusão de plasma (extraído de pacientes sobreviventes) e padrões intensivos de cuidados de suporte.<sup>4,5,6</sup>

Já o mAb114, é um anticorpo monoclonal único clonado a partir de células B de memória de um paciente que sobreviveu a EVD. Possui forte atividade neutralizante que liga GP1,2 e sGP. Realiza atividade neutralizadora, assim como

provoca dependência substancial de citotoxicidade mediada por células dependente de anticorpos, parecendo então, ser capaz de combinar as propriedades dos três anticorpos diferentes do ZMapp. O fármaco está atualmente em estágios iniciais de desenvolvimento clínico. Os dados de infecção em modelos animais parecem promissor. <sup>3</sup> Foi utilizado no surto atual do RDC e nenhuma toxicidade foi relatada, contudo, deve haver mais estudos, em ensaios clínicos apropriados.

O REGN-3B é um coquetel sendo utilizado nos surtos do RDC e contém três anticorpos monoclonais com propriedades diferentes, incluindo neutralização, função efetor imune e ligação a sGP. Os resultados em modelos animais infectados pelo Ebola são muito promissores e são semelhantes ao observado com o ZMapp. <sup>3</sup>

#### Conclusão

Ainda que não comprovada a eficácia de um medicamento no combate à DVE, o conhecimento acerca do ciclo viral possibilitará grandes avanços no desenvolvimento de fármacos que combatam a morbimortalidade dessa terrível doença.

#### Referências

- 1- Hasan S, Ahmad SA, Masood R, Saeed S. Ebola virus: A global public health menace: A narrative review. J Family Med Prim Care. 2019;8(7):2189-2201
- 2- Sandra L. Bixler, Allen J. Duplantier, Sina Bavari. Discovering Drugs for the Treatment of Ebola Virus. Curr Treat Options Infect Dis. 2017; 9(3): 299–317. Publicado online 4 agosto 2017
- 3- Hoenen, T., Groseth, A., & Feldmann, H. Therapeutic strategies to target the Ebola virus life cycle. Nat Rev Microbiol. 2019, 17(10):593-606



4-Keshtkar-Jahromi, M., Martins, K. A., Cardile, A. P., Reisler, R. B., Christopher, G. W., & Bavari, S. Treatment-focused Ebola trials, supportive care and future of filovirus care. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2017,16(1), 67–76.

5-Liu G, Wong G, Su S, Bi Y, Plummer F, Gao GF, Kobinger G, Qiu X. Clinical Evaluation of Ebola Virus Disease Therapeutics. *Trends Mol Med.* 2017 ;23(9):820-30.

6-Cardile, A. P., Warren, T. K., Martins, K. A., Reisler, R. B., & Bavari, S. Will There Be a Cure for Ebola? *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.* 2017, 57(1), 329–48.

## **Rara deleção intersticial 1q23.3q24.2 revelando genes candidatos para deficiência intelectual, alteração renal e microcefalia: relato de caso**

*Afonso Jorge Assumpção Filho, Carolina Bezerra de Menezes Bogalho, Rafaella Loureiro Lamanna, Mileny Esbravatti Stephano Colovati, Mirlene Cecília Soares Pinho Cernach*

*Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, São Paulo, Brasil.*

*e-mail:*

*lamannarafaella@gmail.com*

*afonso.assump@gmail.com*

*carol94@uol.com.br*

Palavras-chave: microdeleção 1q23.3q24.2; microcefalia, anomalia renal; deficiência intelectual

Introdução

As deleções intersticiais no braço longo do cromossomo 1 são raras. Os pacientes descritos na literatura com a caracterização molecular do tamanho da deleção apresentaram as principais características fenotípicas: deficiência intelectual, atraso no desenvolvimento, microcefalia, deficiência de crescimento, hipotonia, convulsões, alterações esqueléticas, malformações cardíacas e renais (Della Monica et al., 2007; Burkardt et al., 2011; Chatron et al., 2015; Lam et al., 2016; Mackenroth et al., 2016; Le Tanno et al., 2017; Sun et al., 2019).

Objetivo: Relatar um paciente com alteração cromossômica rara no braço longo do cromossomo 1 e correlacionar genótipo-fenótipo, comparando com os casos descritos na literatura.

#### Relato de caso/metodologia:

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição, recebendo o número 09467219.0.0000.5509 (CAAE). Paciente do sexo masculino, 2 anos e 8 meses, terceiro filho de casal não consaguíneo. Ao exame clínico apresentou microcefalia, atraso no crescimento, dificuldades para alimentação, face com fronte ampla, hipertelorismo, nariz curto e bulboso com narinas antevertidas, filtro longo, orelhas pequenas proeminentes com hélice simplificada e anteriorizadas, retrognatia, cabelos e sobrancelhas esparsas, mãos e pés pequenos, braquidactilia, clinodactilia do quinto dedo, prega palmar transversal única, escoliose, criptorquidismo, hipertelorismo mamilar, hipotonia, atraso global do desenvolvimento e alteração renal.

A análise cromossômica revelou resultado de cariótipo normal: 46,XY. O exame molecular SNP microarray mostrou uma deleção de 3.86 Mb em 1q23.3-24.2, arr[GRh37] 1q23.3q24.2(164502180\_168367759)x1.

#### Discussão

As deleções englobando a região 1q23.3q24.2 são raras, somente 18 pacientes com deleções de diferentes tamanhos sobrepostas a esta região e características fenotípicas semelhantes ao nosso probando foram descritos na literatura (Della Monica et al., 2007; Burkardt et al., 2011; Chatron et al., 2015; Lam et al., 2016; Mackenroth et al., 2016; Le Tanno et al., 2017; Sun et al., 2019), incluindo atraso global no desenvolvimento, microcefalia, alterações de orelhas, nariz curto e bulboso, retrognatia, criptorquidismo, alterações renais e esqueléticas.

A região deletada em nosso paciente inclui os genes *LMX1A* e *RXRG*, candidatos para deficiência intelectual e o gene *PBX1*, responsável pelas anomalias congênitas dos rins e trato urinário. Adicionalmente, sugerimos uma região genômica candidata em 1q24.2 associada com microcefalia. No entanto,

identificação de novos pacientes com alterações cromossômicas em 1q23.3q24.1 e/ou mutações de ponto nos genes candidatos auxiliarão no melhor entendimento das funções dos genes candidatos e correlação genótipo-fenótipo das manifestações clínicas complexas.

#### Referências bibliográficas

1. Burkardt DD, Rosenfeld JA, Helgeson ML, et al. Distinctive phenotype in 9 patients with deletion of chromosome 1q24-q25. *Am J Med Genet Part A.* 2011;155A:1336–1351.
2. Chatron N, Haddad V, Andrieux J, et al. Refinement of genotype phenotype correlation in 18 patients carrying a 1q24q25 deletion. *Am J Med Genet Part A.* 2015; 20:2–10.
3. Della Monica M, Lonardo F, Faravelli F, et al. A case of autism with an interstitial 1q deletion (1q23.3-24.2) and a de novo translocation of chromosomes 1q and 5q. *Am J Med Genet Part A.* 2007; 170A:2733–2737.
4. Lam F, Ni Morris C. A nine year old boy with chromosome 1q23.3-q25.1 deletion. *Am J Med Genet Part A.* 2016; 158:1–5.
5. Le Tanno P, Breton J, Bidart M, et al. PBX1 haploinsufficiency leads to syndromic congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT) in humans. *J Med Genet.* 2017; 54(7):502-510.
6. Mackenroth L, Hackmann K, Klink B, et al. Interstitial 1q23.3q24.1 deletion in a patient with renal malformation, congenital heart disease, and mild intellectual disability. *Am J Med Genet Part A.* 2016; 99:1–6.
7. Sun M, Lou J, Li Q, et al. Prenatal findings and molecular cytogenetic analyses of a de novo interstitial deletion of 1q23.3 encompassing PBX1 gene. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019;58(2):292-295.

## **Sinais de alerta nos casos de maus tratos à crianças e anciãos**

*<sup>1</sup>Tassiana Moray Silva de Aguiar*

*<sup>1</sup>Maria Fernanda Ricieri Ferraz*

*<sup>1</sup>Maitê Ribeiro dos Santos*

*<sup>1</sup>Mariane Ramos Carvalho*

*<sup>1</sup>Mariana Madureira Pombeiro*

*<sup>1</sup>Caio Cardin Franco de Souza*

*<sup>1</sup>Lucas Bonetti Sallum*

*<sup>1</sup>Luis Amancio Gomes de Góes*

*<sup>2</sup>Neusa Bittar*

*<sup>3</sup>tassianamoray01@gmail.com*

*<sup>1</sup>Acadêmicos de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos*

*<sup>2</sup>Mestre em Medicina, Advogada e Professora Universitária*

*<sup>3</sup>E-mail para contato*

### Resumo

O presente trabalho aborda a violência contras idosos e crianças, tendo como objetivo identificar os sinais de alerta. Para tal, expõe os tipos de violência, analisa as lesões comuns e o comportamento da vítima e do agressor, assim como suas características. Conclui que lesões com diferentes idades devem ser tidas como sinal de alerta e que a violência psicológica implica em observação minuciosa dos comportamentos do agressor e da vítima para sua identificação.

Palavras-chave: Maus tratos, Crianças, Idosos, Agressão, Violência.

### Introdução

Os sinais de que determinadas lesões decorrem de maus tratos muitas vezes não são detectados durante o atendimento médico, sendo os extremos de idade, crianças e idosos, os mais vulneráveis a esse tipo de abuso.

Maus tratos não dizem respeito somente ao físico e abuso sexual. A negligência às necessidades básicas de um indivíduo e a hostilidade psicológica também aí se enquadram. A violência é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e o atendimento médico pode não só dar informações sobre o estado de saúde dos pacientes, mas também sobre suas condições de vida, podendo infelizmente a violência ser uma delas.

Esse trabalho, baseado em revisões de literatura, tem como objetivo alertar dos inúmeros sinais que irão sugerir a ocorrência de algum mau trato, que muitas vezes é ocultado pelo paciente. Portanto necessita-se de uma observação minuciosa de cada ação ou sinal sugestivo de que aquela pessoa é vítima de tais abusos. O trabalho relata os principais sinais observados nos extremos das idades devidos a vulnerabilidade destes.

#### Sinais de alerta em crianças

A Síndrome da criança espancada ou Síndrome de Silverman ocorre geralmente com crianças menores de 3 anos (80%), sendo 40% destas menores de 6 meses. Ela é predominante no sexo masculino, em crianças carentes e com algum retardo mental.

Os agressores são normalmente pais jovens, padrastos e familiares diretos, sendo fatores predisponentes o desemprego, a baixa escolaridade, a presença de alterações psicoafetivas, o fato de terem sido vítimas de maus tratos na infância ou de serem alcoólatras e usuários de drogas. Note-se que a justificativa do agressor é quase sempre a de educar.

A criança vítima de maus tratos pode ter comportamento apático, indiferente, temeroso e seu olhar é triste. Também pode apresentar alguns comportamentos de defesa como proteger o rosto com as mãos, fechar os olhos e até chorar com a

aproximação de determinados indivíduos, ou ser impassível aos movimentos do examinador.

Os sinais de alerta mais comuns baseiam-se no achado de lesões cutâneas e fraturas ósseas múltiplas em diferentes idades, podendo coincidir na mesma localização, além de lesões com assinatura como marcas de ferro quente e garfos aquecidos, queimaduras de cigarro, marcas de contenção nos punhos e tornozelos, fratura de dente devida à introdução violenta do talher, envenenamento e intoxicação por substância tóxica ou medicamentosa. Observar que a vítima está aterrorizada e, principalmente, que as informações dos familiares são contraditórias.

Quando começam a perceber as lesões no corpo da criança, normalmente na escola, o agressor passa a bater na cabeça da vítima para que as lesões fiquem escondidas pelos cabelos, e então surgem as alopecias traumáticas nesses locais.

Em crianças abaixo de 2 anos é comum encontrar-se a Síndrome do bebê sacudido, causada por violenta movimentação da criança segurando-a pelos braços ou tronco. Essa ação pode provocar hemorragias de meninge, edema cerebral, hemorragia de retina e lesar lobo pré-frontal, que está intimamente relacionado com a personalidade.

As lesões vistas frequentemente nas imagens radiológicas são fraturas em galho verde, nas quais o osso trinca de um lado e a outra parte permanece íntegra. É característica a Síndrome de Silverman, que consiste no hematoma subperiosteal em ossos longos, devida à lesão do osso e represamento do sangue entre osso e periosteal. Por fim, a Síndrome epifisária de Straus, caracterizado pelo arrancamento da epífise consequente à violência dos golpes.

#### Sinais de alerta em idosos

As principais formas de abuso no idoso incluem violência física, psicológica, negligência e abuso financeiro. Os idosos tornam-se mais vulneráveis à violência domiciliar na medida em que necessitam de maiores cuidados, sendo que, quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade.

A grande problemática na qual o idoso se encontra devido à dependência física e mental é o isolamento, isso faz com que o idoso tenha mais dificuldade de se relacionar, somado ao fato do agressor muitas vezes conviver com a vítima, isso tudo pode contribuir com que ele fique ainda mais isolado. Por conta disso, torna-se mais difícil detectar as agressões.

Os fatores de risco em relação ao agressor são o histórico de alcoolismo, drogas, violência, dependência econômica, baixo autocontrole, problemas psicológicos e pessoas que sofreram abusos e maus tratos na infância.

O examinador deve estar alerta ao tempo entre as lesões e a procura por atendimento médico, que geralmente não é rápido; lesões com datas diferentes; estado de terror e medo da vítima e marcas de contenção em punhos e tornozelos, pois esses sinais são fortes indicativos de que está ocorrendo violência. Muitas vezes, é difícil diferenciar uma agressão com acidentes próprios da idade, dificultando ainda mais o diagnóstico de maus tratos.

## Conclusão

Em vista do exposto, pode-se concluir que:

Diante de lesões com diferentes idades, mesmo que leves, a suspeita de causa violenta se impõe.

Esse achado em crianças deve induzir à solicitação de RX não apenas da região afetada, a fim de identificar possíveis fraturas em diferentes estágios de consolidação ou hematoma subperiosteal ou arrancamento da epífise de ossos longos.

O exame do couro cabeludo não deve ser esquecido, principalmente em crianças.

A observação do comportamento e reações da vítima é fundamental na investigação da violência, assim como do comportamento dos familiares.

No caso de idosos, o tempo decorrido entre a lesão e a condução para atendimento pode ser o sinal de alerta.



A violência psicológica não deixa marcas, devendo-se atentar ao comportamento dos cuidadores, em relação aos dependentes vulneráveis, para tentar identifica-la, além da observação das reações das vítimas durante o exame.

Como resultados observados é visto que as crianças com deficiência ou mais jovens, devido a serem incapazes de se defenderem ou relatarem algum ocorrido são vítimas mais frequentes dos sinais de alerta. O mesmo ocorre quando fala-se do outro extremo da idade, em que a dependência de um cuidador torna a vulnerabilidade deste paciente muito maior, levando a uma frequência de casos mais significativa.

#### Referências bibliográficas

- [1] Hercules HC. Medicina Legal: Texto e Atlas. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2011.
- [2] Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2a ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2018.
- [3] de Sousa DJ, White HJ, Soares LM, et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2010; 13(2): 321-328.

## **Uso do Retalho Microcirúrgico Antebraquial Bipediculado para Reconstrução de Defeito Cirúrgico no Couro Cabeludo**

*Autores:*

*Gabriela Feldman Zogbi*

*Gianluca Cortez de Souza*

*Orientador:*

*Dr. Mario Augusto Ferrari de Castro*

*Cirurgião de Cabeça e Pescoço*

Resumo

Dentre os cânceres de pele, o Carcinoma Basocelular (CBC) é considerado o mais comum. Relatamos um caso de lesão ulcerativa crônica progressiva em região de couro cabeludo, cuja biópsia evidenciou um CBC. Foi realizada ressecção completa da lesão, com margens cirúrgicas. Foi realizada reconstrução através de retalho microcirúrgico bipediculado.

Palavras-Chave: Câncer de Pele; Carcinoma basocelular; Reconstrução de couro cabeludo; Microcirurgia;

Abstract

From all kinds of skin cancer, the most common is the Basal Cell Carcinoma (BCC). We are reporting a case of progressive chronic ulcerative lesion in scalp, whose biopsy revealed a BCC. A complete lesion resection was performed with oncological margins. The reconstruction was made through a bipediculated microvascular flap.

Keywords: Skin cancer; Basal Cell Carcinoma; Scalp reconstruction; Microsurgery;

## Introdução

A reconstrução do couro cabeludo e fronte após defeitos originários de resseções oncológicas permanece um desafio comum para o cirurgião de cabeça e pescoço, especialmente em pacientes com histórico de radiação na área<sup>1</sup>.

Para lidar melhor com esses desafios e fornecer ao paciente um resultado ideal, a compreensão abrangente da anatomia, o conhecimento de uma variedade de técnicas reconstrutivas, juntamente com as habilidades para executá-las e a análise cuidadosa de feridas e planejamento de reconstrução são todos imperativos cirúrgicos<sup>2</sup>.

É necessário um amplo espectro de técnicas reconstrutivas, considerando o aspecto tridimensional do crânio, a limitada expansibilidade do tecido do couro cabeludo e o aspecto cosmético da região do cabelo, bem como a demanda por cobertura suficiente da cavidade craniana no caso de defeitos compósitos cranianos de espessura total<sup>3</sup>. Tais técnicas de reconstrução abrangem desde fechamentos primário e por segunda intenção, até retalhos locais, enxertos e retalhos à distância. Sendo o retalho microcirúrgico atualmente a principal modalidade de reconstrução para os defeitos de médio e grande porte, desde que o paciente esteja clinicamente apto para tal procedimento cirúrgico.

As técnicas citadas acima permitem que o cirurgião, diante do desafio que o crânio subjacente ao defeito traz, tenha mais artifícios para preservar e organizar o tecido, em um esforço visando evitar exposição do osso. Porém, é importante ressaltar que o retalho microcirúrgico apresenta tanto vantagens quanto desvantagens.

A região da fronte também apresenta desafios significativos para o cirurgião. Especificamente, defeitos que podem afetar não apenas o resultado estético do

paciente, mas também gerar déficits na função motora do mesmo, resultando em assimetrias significativas. Vários princípios de reconstrução são usados nesta

região, que incluem recriação e preservação da simetria das sobrancelhas, temporal e frontal.

Deformidades, tanto no couro cabeludo quanto da frente, podem variar de quase completa excisão do couro cabeludo - necessitando de técnicas de cobertura microvasculares - à pequenos defeitos requerendo fechamento primário<sup>2</sup>.

Embora novas técnicas microcirúrgicas e tecnologias de substituição tenham avançado o campo de reconstrução do couro cabeludo na última década, fundamentalmente permanece um exercício em substituir as várias camadas do couro cabeludo para manter a integridade estrutural da cobertura sobre o cérebro<sup>4</sup>. A reconstrução ideal depende da avaliação criteriosa de cada caso clínico e tem por finalidade alcançar o melhor resultado, tanto funcional como estético, com mínima morbidade no sítio doador<sup>5</sup>.

Apresentamos um relato de caso de um paciente idoso do gênero masculino com um tumor de pele na região temporal direita, com biópsia de carcinoma basocelular com aproximadamente 3 anos de evolução.

## Relato de Caso

Paciente WFA, gênero masculino, 87 anos. Possui hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Apresentou, há três anos, tumor de pele com lesão úlcero-infiltrativa em região temporal direita, já havendo sido feita biópsia de carcinoma basocelular. Foi realizada ressecção da lesão com diagnóstico anátomo-patológico de carcinoma basocelular esclerodermiforme ulcerado, com margens cirúrgicas. A reconstrução foi realizada por meio de enxerto. Durante a ressecção da lesão, foi realizada a ligadura da artéria temporal superficial direita.

Nove meses após pós-operatório, houve recidiva da lesão, sendo realizada novamente ressecção e reconstrução com enxerto.

Aproximadamente 2 anos depois, o paciente retorna com lesão ipsilateral, porém mais cranial (Figura 1), sendo realizada tomografia computadorizada de crânio, que acusou ausência de invasão óssea. Após biópsia, foi diagnosticada neoplasia pouco diferenciada com células claras.

Foi realizada ressecção do tumor de frente (Figura 2) com margens oncológicamente livres e reconstrução com retalho antebraquial microcirúrgico bipediculado. Consistiu em retalho antebraquial esquerdo, sendo dissecado o pedículo vascular e veia cefálica (Figura 3). A anastomose do pedículo principal foi realizada na artéria temporal superficial contralateral (Figura 4) e veia cefálica na veia supratrocLEAR ipsilateral (Figura 5).

O paciente evoluiu satisfatoriamente tendo alta 3 dias após a intervenção cirúrgica. A figura 6 mostra o resultado final com 60 dias de pós operatório.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

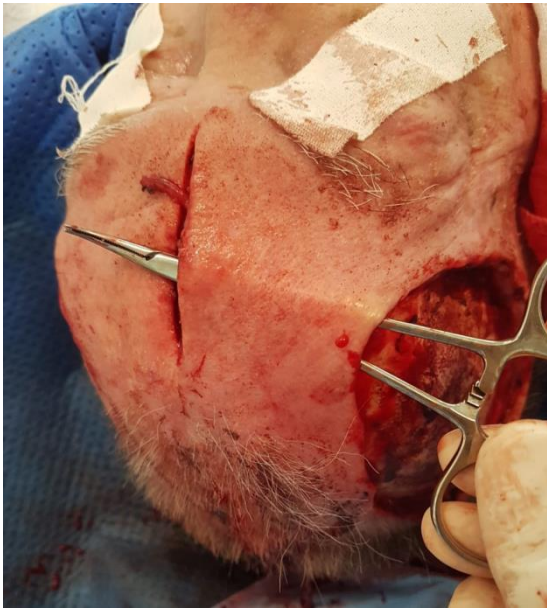


Figura 4



Figura 5



Figura 6

## Discussão

Os retalhos livres são a principal modalidade de reconstrução em defeitos de médio e grande porte, pois fornecem grande quantidade de tecido de cobertura vascularizado, permitindo corrigir deformidades de contorno, ou em casos de avulsão total de escalpo em que o reimplante não pode ser realizado<sup>6</sup>.

Em decorrência das particularidades anatômicas da região, neoplasias malignas extensas em couro cabeludo e fronte são especialmente desafiadoras. Existe uma gama de técnicas para o reparo dos defeitos. No entanto, a reconstrução ideal depende fundamentalmente da avaliação criteriosa do caso clínico e sua particularidade, tendo por finalidade alcançar o melhor resultado, tanto funcional como estético, com mínima morbidade no sítio doador<sup>5</sup>.



A literatura tem proposto diversos algoritmos de reconstrução de couro cabeludo, conforme a localização, tamanho, etiologia, qualidade do tecido como acometimento local, exposição de estruturas e distorção da linha capilar, se tratando de casos de complexidade variada e com diferentes técnicas<sup>1,2</sup>.

Muitos dos grandes defeitos são casos com radiação prévia, exposição de estruturas cerebrais, infecção crônica e pós-resssecção tumoral. Em estudo, foi realizada uma análise retrospectiva com relação ao diagnóstico histopatológico, que teve como resultado, uma maior incidência do carcinoma espinocelular, totalizando 21 (84%) casos, seguido pelo carcinoma basocelular, com 3 (12%), e pelo melanoma maligno, com 1 (4%)<sup>5</sup>.

Nos casos acima, o retalho livre é a opção de escolha. Existe também a opção de retalhos microcirúrgicos mais finos e pequenos tipo antebraquial e retalho anterolateral da coxa<sup>6</sup>. A área doadora deverá ser escolhida baseado no tipo de defeito e características da pele a ser utilizada.

O paciente necessita estar clinicamente apto a tolerar um procedimento cirúrgico de mínimo 6 horas de duração, a área doadora deverá ser escolhida baseado no tipo de defeito e características da pele a ser utilizada.

Os retalhos microcirúrgicos oferecem muitas vantagens, porém a implantação de microcirurgia reconstrutiva necessita do envolvimento de profissionais de áreas diversas, bem como da implantação de suporte hospitalar adequado, visto se tratar de um procedimento de alta complexidade.

## Referências

1. Desai SC, Sand JP, Sharon JD, Branham G, Nussenbaum B. Scalp Reconstruction. *JAMA Fac Plas Surg*. 2015;17(1):56-66.
2. Olson MD, Hamilton GS. Scalp and Forehead Defects in the Post-Mohs Surgery Patient. *Fac Plas Surg Clin of Nor Am*. 2017;25(3):365-375.

3. Steiner D, Hubertus A, Arkudas A, Taeger CD, Ludolph I, Boos AM, et al. Scalp reconstruction: A 10-year retrospective study. *Jour of Cran-Maxil Surg.* 2017;45(2):319-324.
4. Dedhia R, Luu Q. Scalp reconstruction. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery.* 2015;23(5):407-14.
5. Souza CD. Reconstruction of large scalp and forehead defects following tumor resection: personal strategy and experience - analysis of 25 cases. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(2): 227-237.
6. Romero RM, Arikat A, Machado Filho G, Aita CD, Oliveira MP, Jaeger MRO. Reconstrução de defeitos no couro cabeludo. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2018;33(0):90-92.

## **Arterite temporal e a importância do diagnóstico precoce: Relato de caso**

*Autores: Leonardo Amodio<sup>1</sup>, Lucas de Castro Silva<sup>1</sup>, Vítor Martinez de Carvalho<sup>2</sup>, Yara Dadalti Fragoso<sup>3</sup>, Gustavo Duarte Mendes<sup>4</sup>, Elaine Marcilio Santos<sup>5</sup>.*

*1) Acadêmicos do curso de Ciências Médicas da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP, Brasil.*

*2) Médico Graduado da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP, Brasil.*

*3) Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP, Brasil.*

*4) Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP, Brasil.*

*5) Reitora Acadêmica da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP, Brasil.*

*Instituição: Disciplina de Iniciação Científica do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP, Brasil.*

*Correspondência: Rua Governador Pedro de Toledo, 60, apto 41 Santos/SP, Brasil.*

*E-mail: amodiolo@gmail.com*

## **Resumo**

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite que acomete pacientes acima dos 50 anos, sendo mais prevalente em mulheres. As manifestações clínicas

podem ser sistêmicas, como a cefaleia de início recente, oculares, bem como sinais específicos, como, por exemplo, da tortuosidade observada na artéria temporal. A maior complicação desta doença é a cegueira. Apresenta-se neste relato os principais sinais e sintomas para o diagnóstico precoce de ACG. É abordado o caso de um paciente do sexo feminino, 72 anos, que acordou subitamente com sensação de peso na região temporal direita, A área era dolorosa ao toque leve. Foi encaminhada ao serviço de urgência, apresentando exame neurológico normal), e, como única alteração evidenciada laboratorialmente, elevação da velocidade de hemossedimentação.

Palavras-chave: Arterite de células gigantes, arterite temporal, cegueira.

## Introdução

A ACG se caracteriza por um quadro de vasculite granulomatosa que acomete vasos de grande e médio calibre, com predomínio da artéria aorta e de seus ramos.<sup>1</sup> A ACG prevalece em pacientes acima dos 50 anos de idade e, embora possa acometer os dois sexos, há uma prevalência de 2.3 a 2.6 vezes maior nas mulheres em relação aos homens.<sup>1</sup> Este tipo de vasculite é a mais comum na América do Norte e na Europa ocidental, sendo raramente observado em pacientes de ascendência africana e asiática.<sup>2</sup> As manifestações clínicas podem abranger sintomas sistêmicos e oculares, com a presença de sinais específicos notados ao exame físico, como por exemplo na região da artéria temporal com eritema, tortuosidade, nodularidade ou espessamento do vaso.<sup>3</sup> O diagnóstico precoce e tratamento adequado são extremamente relevantes para evitar complicações de perda visual. Na ACG o comprometimento isquêmico pode resultar em perda permanente da visão em 15-25% dos casos.<sup>1</sup>

Um achado laboratorial que pode induzir uma suspeita diagnóstica, é o exame de velocidade de hemossedimentação (VHS).<sup>4</sup> Há também um sinal precoce que pode antecipar uma terapêutica preventiva: a presença de claudicação mandibular,

observada em 40% dos pacientes. Outro achado importante e responsável pelo quadro recidivante é a presença da polimialgia reumática (PMR), manifestada por rigidez muscular e rigidez matinal, classicamente nos locais da cintura proximal. Mais de 50% dos pacientes com ACG apresentarão PMR.<sup>5</sup>

Observa-se em um número importante de pacientes a ausência de manifestações clínicas típicas, tornando essa doença de difícil diagnóstico. Nesses casos, quando o diagnóstico é realizado, o paciente muitas vezes já apresenta graves sintomas da doença, como por exemplo paralisia do 3º par dos nervos cranianos e cegueira irreversível.<sup>3</sup>

O objetivo deste estudo é demonstrar a importância dos sinais e sintomas precoces de ACG afetando a artéria temporal superficial, e sua relevância no tratamento emergencial.

#### Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 72 anos, aposentada. Refere ser hipertensa leve, sem uso de medicamento atual (relata controlar a doença com dieta hipossódica apenas). Refere quadro prévio de crises de enxaqueca quando mais jovem, porém, refere ausência das crises atualmente. Relata prática de esportes de leve intensidade. Não faz uso de medicações ou suplementos.

Relata que no dia 31/01/2019 acordou com sensação de peso na região temporal direita, com dor local ao toque leve. Referiu piora da dor que passou a latejante durante duas horas subsequentes. Fez uso de dipirona 1,0g, não tendo tido melhora dos sintomas. Dado o quadro persistente de dor, procurou o pronto atendimento para avaliação médica. Durante a consulta, apresentou exame neurológico sem alterações. Ao exame clínico, apresentou alteração da região temporal (imagem 1), não apresentando outra alteração no exame físico. Foram solicitados exames laboratoriais - sendo o VHS o único exame alterado, com valor de 58mm (normal até 20 - unidade de medida).

A paciente foi tratada com dexametasona 4mg endovenosa três vezes ao dia, com redução progressiva de dose. Não houve piora da pressão arterial ou glicemia com corticóides neste período.



Imagem 1: Anormalidade presente na região temporal do paciente.

## Discussão

A ACG se caracteriza por sintomas sistêmicos e oculares.<sup>1</sup> Metade dos pacientes vai apresentar queixas oculares incluindo perda visual, amaurose fugaz, diplopia e dor, os quais estão relacionados com uma BAT positiva em 98%, 31%, 6% e 8,2%, respectivamente.<sup>1</sup> Não foi o caso da paciente aqui relatada, possivelmente pelo rápido diagnóstico e conduta precisa. A perda de visão secundária a ACG pode ser permanente ou transitória, unilateral ou bilateral, de forma que inicie em um olho e depois envolva o outro não afetado.<sup>1</sup>

A alteração dos valores de VHS é utilizada para firmar o diagnóstico da ACG quando associada a um quadro clínico sugestivo, pois isoladamente é um teste inespecífico. Embora estudos mostrem que em 5% a 30% dos casos o VHS é encontrado normal, seu valor maior que 50mm/h é um achado importante. Portanto ao encontrar valores normais, o clínico não deve descartar o diagnóstico de ACG.<sup>1</sup>

No caso aqui relatado, o aumento do VHS foi crucial para complementar a hipótese diagnóstica de arterite temporal.

Para a investigação e um diagnóstico clínico, foi elaborado critérios para a detecção da ACG pela Escola Americana de Reumatologia (tabela 1). Esses critérios têm sido utilizados para uma suspeita diagnóstica apenas clínica da ACG, sem uso da biópsia de artéria temporal (BAT), a qual não é necessária para o diagnóstico.<sup>1</sup>

Critérios Diagnósticos	
Com 3 ou mais critérios é feito o diagnóstico de ACG.	1. Pacientes acima dos 50 anos
	2. Cefaleia de início recente
	3. Anormalidades da artéria temporal (sensibilidade à palpação ou diminuição da pulsação)
	4. Elevação do VHS > 50 mm/h
	5. BAT anormal

No presente relato de caso, podemos identificar os critérios 1, 2, 3 e 4 contidos na Tabela 1, condição que confirma o diagnóstico.

Ao analisar a diversidade de apresentações clínicas da ACG e descrever suas múltiplas manifestações oculares, muitas vezes atípicas, esperamos aumentar a conscientização dos clínicos sobre a condição. O diagnóstico clínico precoce da ACG, seguido de tratamento adequado, pode minimizar a perda de visão.<sup>5</sup>

## Referências Bibliográficas

1 - Baig IF, Pascoe AR, Kini A, Lee AG. Giant cell arteritis: early diagnosis is key. *Eye Brain*. 2019;11:1-12.

2 – Winkler A, True D. Giant Cell Arteritis: 2018 Review. *Mo Med*.2018; 115(5):468-470.

3 – Souza AW, Okamoto KY, Abrantes F, Schau B, Bacchiega AB, Shinjo SK. Giant cell arteritis: a multicenter observational study in Brazil. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68(3):317-22.

4 – Asensio-Sánchez VM, Morales-Gómez I, Rodríguez-Vaca I. [Third nerve palsy as the only manifestation of occult temporal arteritis]. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2009;84(8):395-8.

5 – De Smit E, O’Sullivan E, Mackey DA, Hewitt AW. Giant cell arteritis: ophthalmic manifestations of a systemic disease. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2016;254(12):2291-2306



## **Caracterização do perfil dos pacientes atendidos em um Ambulatório de Genética Médica na Baixada Santista**

Heloísa Baptista Sequin<sup>1</sup>; Mileny Esbravati Stephano Colovati<sup>2</sup>; Mirlene Cecilia Soares Pinho Cernach<sup>3</sup>

1. Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) e bolsista do Programa de Iniciação Científica 2018-2019

2. Professora Assistente da Disciplina de Genética do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

3. Professora Titular da Disciplina de Embriologia e Genética do Curso de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).

Contato: helosequin@gmail.com

Introdução: Segundo definição do Ministério da Saúde, classificam-se como “raras”, as doenças que afetam 65 pessoas a cada 100 mil ou 1,3 pessoa a cada duas mil e afetam cerca de 8% da população mundial.<sup>1,2</sup> Estima-se que 3 a 5% dos recém-nascidos sejam afetados por doenças congênitas, causadas ou influenciadas por uma alteração genética, sendo responsáveis por 20% da mortalidade neonatal e 30 a 50% da mortalidade perinatal nos países desenvolvidos.<sup>3,4</sup> Essas condições são em grande maioria degenerativas e crônicas, com grau elevado de morbimortalidade e cerca de 10% possuem algum tipo de tratamento medicamentoso de alto custo. Estima-se que existam 8 mil doenças raras, sendo 80% com etiologia a genética e em muitos casos, hereditárias. Por se tratarem de doenças incomuns, o diagnóstico correto pode demorar para ser definido.<sup>5</sup> A partir da necessidade de atender a população da Baixada Santista (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Monguagá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente), foi instituído pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) o ambulatório de Genética Clínica em Santos a partir de fevereiro de 2008; sendo o primeiro e único serviço especializado até o momento.

**Objetivo:** Caracterizar uma amostra de pacientes atendidos no Ambulatório de Genética da UNIMES no período de 2012 a 2017 quanto ao gênero, idade, procedência, encaminhamento, exames realizados e diagnóstico final.

**Metodologia:** Análise dos prontuários dos 272 pacientes atendidos no Ambulatório de Genética Médica no período de 2012 a 2017. As variáveis: gênero, idade, município de origem, origem do encaminhamento, hipótese diagnóstica, realização de exames e diagnóstico final foram analisadas, classificadas, codificadas e organizadas em uma planilha eletrônica (Excel). As frequências das variáveis foram analisadas para caracterização do perfil dos atendimentos, sendo realizados testes estatísticos apropriados, paramétricos e não paramétricos para a análise final.

**Trabalho aprovado pelo CEP da Unimes – CAAE:** 04101518.9.0000.5509.

**Resultados:** O perfil dos pacientes é composto por sexo 47% feminino e 53% masculino; a maior parte dos pacientes são procedentes de Santos (25,3%) e a menor parte de Mongaguá (0,7%). Em relação a forma de acesso a saúde, 79% são usuários do SUS e 15,4% possuem algum tipo de convênio. Os Pediatras (35%) e Neurologistas (17%) encaminharam o maior número de pacientes, tendo como suspeita diagnóstica prévia de doença/síndrome genética (21%), anomalias maiores múltiplas ou deficiência intelectual + anomalia maior (16%) os mais frequentes. Entre os exames genéticos, os pacientes realizaram cariótipo (53%), CGHarray (12,1%), sequenciamento Painel/Exoma (4,8%), Metilação do DNA (2,2%), PCR (1,5%) e FISH (1,5%). O desfecho final dos atendimentos foi diagnóstico confirmado pela clínica (29,4%), confirmado por cariótipo (7,35%), confirmado por outro exame genético (11,76%), sem diagnóstico (33,45%) e outros desfechos (18,04%).

**Conclusão:** As doenças raras representam impacto socioeconômico e na saúde humana, o que torna essencial que os profissionais de saúde estejam cientes dos recursos existentes para diagnóstico, prognóstico, acompanhamento e tratamento adequados ao paciente. Este estudo mostra a importância de um serviço especializado em genética médica na Baixada Santista, considerando a alta taxa de encaminhamento por outros especialistas por suspeita de doença/síndrome

genética, fenótipos, anomalias ou outros sinais raros e incomuns. Fato também, que reforça a importância da incorporação da Genética Médica como disciplina clínica nas faculdades de Medicina. Além disso, os resultados mostraram a falta de cobertura de exames genéticos e moleculares pelo SUS, impossibilitando a confirmação diagnóstica de muitos casos. Contudo, mesmo diante desta dificuldade em correlacionar adequadamente genótipo-fenótipo, a maior parte dos casos tiveram diagnóstico confirmado pela avaliação clínica do paciente, mostrando a importância do trabalho dos médicos geneticistas nos serviços de saúde existentes no país.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviço de Genética; Genética Comunitária; Baixada Santista.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. BRASIL. Portaria Nº 199, de 30 de Janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. *Diário Oficial da União* 2014; 31 jan.
2. Jorde LB, Carey JC, Bamshad MJ. Conceitos e história: o impacto clínico das doenças genéticas. In: *Genética médica*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. p. 1-5.
3. Schiefelbein JH, Cheeseman SE. Principles of genetics and their clinical application in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2009;21:67-85.
4. Brunoni D, Martins AM, Cavalcanti DP, Cernach MCSP. Avaliação genética do recém-nascido. Brasília: AMB/CFM; 2007.
5. Aureliano WA. Trajetórias Terapêuticas Familiares: doenças raras hereditárias como sofrimento de longa duração. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:369-379.

## **Estado puerperal, existe?**

*Julliana Ferreira Camara* <sup>1</sup>

*Ana Carolina de Abreu Gomes* <sup>1</sup>

*Luana Dénes de Castro* <sup>1</sup>

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

*Jéssica Priscila De Souza* <sup>2</sup>

*Neusa Maria Esteves Bittar* <sup>3</sup>

*<sup>1</sup> Acadêmicos de medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), <sup>2</sup> Mestre em ciências pela faculdade em medicina USP, <sup>3</sup> Mestre em medicina, advogada e professora universitária. (jullianafcamara@outlook.com)*

### Palavras-chave

Psicose puerperal, Depressão, Puerpério, Fugidio, Infanticídio.

### Introdução

Em 1940, o atual Código Penal entrou em vigor no Brasil <sup>1</sup>. Nele, além do infanticídio ter sido determinado como delito autônomo, adotou-se o critério fisiopsicológico do “estado puerperal” <sup>1</sup> [Art. 123 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40 - “Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após”] <sup>2</sup>.

O estado puerperal ou transtorno do estresse agudo é uma alteração súbita e temporária na consciência e identidade da progenitora, o qual pode gerar um sentimento de repulsa da mãe pelo filho ou até mesmo a morte do recém-nascido. Essa modificação na sanidade da progenitora pode ocasionar sintomas como:

sentimento de anestesia, ausência de resposta emocional e redução da consciência daquilo que a cerca<sup>1, 3, 4</sup>.

É importante saber que estado puerperal é diferente de puerpério, pois este reúne o período de transformações fisiológicas que vão desde a dequitação placentária até o retorno completo da estrutura corpórea após o parto. Assim, todas as mulheres que passam pelo processo gestacional entram em puerpério, porém nem sempre em estado puerperal <sup>1, 3, 4</sup>.

### Objetivo

Diferenciar o estado puerperal de puerpério e evidenciar a subjetividade do diagnóstico desse estado.

### Método

Os dados foram obtidos por uma revisão da literatura, na qual foram realizadas pesquisas nas bases de dados Scielo, Livros Acadêmicos, Código Penal Brasileiro, NCBI e Google Scholar. Os termos de pesquisa foram "infanticídio", "estado puerperal" e "puerpério". O estudo incluiu apenas artigos e textos publicados no período 2003–2019.

### Resultados

Foram consultados 3 livros acadêmicos e 20 artigos científicos por buscas manuais. Com isso, foram selecionados e lidos 3 livros e 5 artigos científicos, tendo como critério de inclusão as palavras-chave.

### Discussão

A progenitora que comete o crime de matar o filho logo após o nascimento é julgada de forma isolada, pois uma vez constatado, pelos profissionais da saúde, a causa como sendo: estresse agudo (estado puerperal), ela será julgada pelo art. 123<sup>2, 5</sup>. O primeiro passo realizado pelos profissionais da saúde e da justiça é identificar o período do crime, que é dividido em: imediato – do primeiro ao décimo dia após a gestação; tardio – do décimo ao quadragésimo quinto dia após a gestação; remoto – após o quadragésimo quinto dia, até retornar a função reprodutiva<sup>7, 8</sup>. Depois de determinado o momento do crime, deve-se excluir outras patologias psíquicas comuns no puerpério como: depressão pós-parto, psicose puerperal e tristeza pós-parto para assim, auxiliar o psiquiatra forense em seu diagnóstico. Porém só o afastamento dessas patologias mentais não poderão determinar o diagnóstico da progenitora<sup>5</sup>.

Essas modificações psicológicas diferenciam-se em diversos aspectos, porém possuem uma característica comum: diminuir a capacidade de discernimento da parturiente<sup>4</sup>.

A depressão pós-parto (DDP) pode se confundir com mudanças fisiológicas comuns no puerpério. Alguns sintomas são a tristeza, abatimento, anorexia, pesadelos, melancolia, neurastenia e perda de interesse. Apresentando alguns desses sintomas, deve ser prontamente encaminhada para acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Seu diagnóstico precoce é importante, por isso deve ser cuidadosa a atenção do médico obstetra. Quando não tratada pode ocasionar efeitos na criança, como em seu desenvolvimento cognitivo e emocional<sup>4</sup>.

A Psicose puerperal se desenvolve nas primeiras semanas pós-parto. Os sintomas incluem insônia, confusão, despersonalização, agitação psicomotora, alucinações e delírios transitórios, pode ocorrer perda do senso de realidade e angústia incontrolável, tornando o quadro incapacitante. Os parentes e amigos precisam ser cuidadosamente alertados para que haja uma rede de apoio tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido<sup>4</sup>. Neste, a mãe pode matar recém-nascido, sendo sinais de alerta pensamento suicida e ideias delirantes de que é um deus ou um

diabo, ou que tem deformações. Caso isso ocorra, haverá uma absolvição imprópria porque a mãe será dada como inimputável <sup>5</sup>.

A tristeza pós-parto “baby blues” é muito comum e não se caracteriza como transtorno. Ocorre após o 3º dia pós-parto e seus sintomas são o choro, irritabilidade, fadiga, insônia, insegurança, ansiedade e mudanças de humor. O quadro regride espontaneamente em até um mês <sup>4</sup>.

Para diagnosticar a influencia do estado puerperal é necessário identificar alguns sintomas como: alterações psíquicas tão intensas que levem à abolição da capacidade de autodeterminação e alterações limitadas ao puerpério <sup>5</sup>. Além disso, deve-se constatar que a mulher não tem história progressiva, manifestações atuais de perturbações e deve-se observar caráter fugidio (gravidez indesejada, tentativa de aborto sem sucesso, gestação ocultada e ter feito o próprio parto) <sup>5,6,8</sup>.

Como as alterações psíquicas do estado puerperal não mais existem por ocasião da perícia psiquiátrica, é difícil diagnóstico da mulher que já está nos padrões de normalidade mental. O exame do cordão umbilical pode fornecer elementos de diagnóstico: se a mãe cortou o cordão, denotou lucidez, descaracterizando o estado puerperal. Se não cortou no parto ou deixou sem ligadura, na ausência de outras lesões, pode evidenciar infanticídio por omissão <sup>5</sup>.

## Conclusão

Nota-se que o estado puerperal ocorre em período reduzido, sendo complicado para o profissional encontrar sintomas remanescentes do estado psíquico da infratora, dificultando futuro laudo médico. Pode-se concluir que puerpério e estado puerperal não se confundem e a exclusão de outras patologias mentais no período é insuficiente para diagnosticar esse estado. Características do cordão umbilical podem dar indícios de lucidez materna, mas não suficientemente para atestar, pois podem apenas indicar intenção de matar o recém-nascido. A ausência de sinais e

sintomas no exame psiquiátrico, em decorrência do caráter fugidio, torna tal diagnóstico inconsistente e questionável.

## REFERÊNCIAS

1. Mestieri LHM.; Meneguetti RI.; Meneguette, C. Estado Puerperal. Rev. Fac. Ciências Médicas de Sorocaba. 2005; 7(1): 5-10. [acesso em 22 de julho de 2019].
2. Brasil. Lei nº 2848/40, de 07 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [1941]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). [acesso em 22 de julho de 2019]
3. Pearlstein, Teri et al. "Depressão pós-parto." American journal of obstetrics and gynecology vol. 200,4 (2009): 357-64. doi: 10.1016 / j.ajog.2008.11.033. [acesso em 22 de julho de 2019].
4. Silva MR.; Piccinini CA. Paternidade no contexto da depressão pós parto materna: revisando a literatura. Estud. psicol, v. 14, n. 1, p.5-12, Natal, abr. 2009. [acesso em 22 de julho de 2019].
5. Padilha AM. Os contrassensos no delito de infanticídio: uma análise crítica. Perspectiva, Erechim. 2013; 37(138):155-165. [acesso em 22 de julho de 2019].
6. França, Genival Veloso. Medicina Legal. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
7. Palomba, Guido Arturo. Tratado de psiquiatria forense, civil e penal. São Paulo: Atheneu Editora, 2003.
8. Bittar, Neusa Maria Esteves. Medicina legal e noções de criminalística. 7 ed. atual. Salvador: Juspodivm; 2018.



## **INTOLERÂNCIA À LACTOSE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

*Danielle Jost Stralio<sup>1</sup>, Veronica Bueno de Moraes<sup>1</sup>, Bruna Luiza Pelicer<sup>1</sup>, Isabella Cipriani<sup>1</sup>, Sinvaldo Alves dos Santos<sup>2</sup>*

*1: Acadêmicas do Curso de Medicina da UNIMES 2. Médico Assistente Santa Casa de Mauá- SP.*

*Endereço eletrônico: danielle.stralio<sup>1</sup>@hotmail.com*

Palavras-chave: lactose- intolerância- leite

### Introdução

Os termos hipolactasia, má-absorção de lactose (LAM) e intolerância à lactose (IL), por vezes, são usados de forma equivocada como sinônimos. A hipolactasia é a redução da atividade da enzima lactase ( $\beta$ -D-galactosidase). A LAM é alteração laboratorial devido a hipolactasia. Já a IL, é a expressão clínica devido a lactose não digerida<sup>1</sup>. A intolerância à lactose pode aparecer em todas as faixas etárias. Após o desmame, a taxa de lactase é reduzida, causando a hipolactasia primária. A redução da enzima lactase pode aumentar com o decorrer da idade. A IL também pode ser oriunda de lesões no intestino delgado. Portanto, pode estar presente em pessoas que tem alterações da mucosa intestinal, como a doença celíaca<sup>2</sup>. A incidência de intolerância à lactose é maior em crianças alérgicas e, em geral, nas menores de um ano de idade. As reações imunológicas ao leite de vaca provavelmente apresentam uma incidência menor que 2-3% da população pediátrica, sendo que deste percentual, 8% abaixo de um ano de idade.

Aparentemente estes dados parecem desprezíveis mas deve-se considerar que em números absolutos significam 50.000 a 150.000 novos casos a cada ano<sup>3</sup>.

2 As enzimas intestinais de crianças normais e subnutridas são maiores quando comparado as de crianças com má nutrição proteica e de parasitoses <sup>4</sup>. Cerca de 72,8% das crianças desnutridas de 3 a 36 meses apresentavam deficiência de lactase, mas não foram comparadas a um grupo normal <sup>4</sup>. É importante distinguir as diferentes formas de reações adversas a alimentos, em particular a diferença entre intolerância a alimentos e alergia alimentar. Apenas a alergia alimentar é mediada por uma resposta imune a antígenos dietéticos, enquanto a intolerância a alimentos pode representar consequência de uma variedade de mecanismos não-inunes, porém, pode-se observar uma superposição nos sintomas apresentados<sup>5</sup>. A maioria das populações, inclusive a brasileira, é composta por indivíduos que têm uma perda progressiva de capacidade de absorção da lactose após desmame. Esses indivíduos apresentam problemas digestivos de grau variável após a ingestão de leite e de seus derivados, considerados como fontes importantes de cálcio e de proteína de alto valor biológico <sup>6</sup>.

## Objetivo

Revisar a literatura sobre a principal intolerância alimentar que acomete a população infantil – a intolerância à lactose.

## Metodologia

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema “intolerância à lactose”, através das bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, utilizando-se as seguintes palavras chave: intolerância, lactose e leite. Foram selecionadas publicações datadas do ano de 2000 a 2019, sendo selecionados 14 artigos, conforme a qualidade e relevância com o tema proposto.

## Resultados/ Desenvolvimento

3 A intolerância à lactose pode ser classificada como congênita, primária ou genética e secundária ou adquirida. A intolerância congênita acomete mais bebês por apresentarem deficiência de lactase jejunal, tendo quadro de diarreia quando amamentados ou quando consomem alimentos com lactose. A deficiência primária pode se desenvolver em qualquer idade e com diferentes grupos raciais. A deficiência secundária ou adquirida é resultado de lesões intestinais ou devido a alguma doença intestinal 7. O declínio progressivo da atividade da lactase até níveis de 5 a 10% dos encontrados durante a fase de lactação ocorre com maior frequência a partir do quinto ano de vida 8. A deficiência tardia da lactase determinada geneticamente por uma herança autossômica recessiva sendo uma característica normal da espécie humana, visto que ela é prevalente na maioria da população 9. A má absorção secundária de lactose pode ser devido à diminuição da atividade da enzima, decorrente de agressão à mucosa intestinal (gastroenterites, desnutrição, doença celíaca, giardíase, enteropatias alérgicas); à um menor tempo de contato da lactose com a mucosa (aceleração do trânsito intestinal, ressecções intestinais, super crescimento bacteriano do intestino delgado); oferta do carboidrato superior à atividade máxima da enzima, como ocorre, por exemplo, no esvaziamento gástrico rápido, na ressecção gástrica ou quantidade excessiva do carboidrato na alimentação<sup>1</sup>. Os sintomas mais comuns são náuseas, dores abdominais, diarreia ácida e abundante, gases e desconforto. A severidade dos sintomas depende da quantidade ingerida e da quantidade de lactose que cada pessoa pode tolerar. Também podem ocorrer sintomas extradigestivos, como dor de cabeça, alteração de concentração, fadiga crônica, dor muscular e dor articular 10,11 . A deficiência de lactase pode ser diagnosticada diretamente mediante dosagem da atividade da enzima na mucosa intestinal e, indiretamente, por vários métodos baseados na sobrecarga de lactose - curva

glicêmica, pesquisa de substâncias redutoras nas fezes, glicose e pH fecal, dosagem da lactosúria e medida

4 do hidrogênio molecular expirado<sup>4</sup>. Em trabalhos de campo, os testes do hidrogênio expirado e de tolerância aos dissacarídeos são os mais utilizados<sup>12</sup>. O teste de hidrogênio é considerado um teste padrão-ouro e o mais utilizado para o diagnóstico sendo um método não invasivo e preciso para a avaliação da absorção de carboidratos. Ele consiste na medição da quantidade de hidrogênio expirado pelo paciente antes e depois do consumo de lactose. Na intolerância ocorrerá uma alta produção de gás hidrogênio, que é consequência da fermentação da lactose que não foi absorvida pela flora intestinal <sup>5</sup>. O tratamento varia de acordo com a causa. Na hipolactasia primária o consumo de lactose deverá ser evitado até a remissão dos sintomas. Na forma congênita, a opção é o uso de leite de soja, que é isento lactose. Há ainda o uso da lactase exógena, que leva a redução do hidrogênio expirado e melhora dos sintomas. Na hipolactasia secundária o consumo de leite deve ser evitado até que a causa primária seja solucionada<sup>13,14</sup>.

#### Conclusão

A lactose é a principal fonte de carboidratos durante o período de amamentação. Para sua correta absorção, a lactose necessita ser hidrolisada pela lactase junto à borda em escova dos enterócitos. Através desta revisão, evidenciou-se que não existe tratamento para aumentar a capacidade de produção da lactase, porém, os sintomas podem ser controlados utilizando-se uma dieta com teor reduzido em lactose; é importante dizer que a dieta deve suprir as necessidades nutricionais do indivíduo e garantir a manutenção de um estado nutricional adequado.

#### Referências

1- Santos GJ, Rocha R, Santana GO. Lactose intolerance: what is a correct management?. Rev. Assoc. Med. Bras. 2019; 65( 2 ): 270-275.

2- Mattar R, Mazo DFC. Intolerância à lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56( 2 ): 230-236.

3- Marcondes E, Barbieri D, Campos JVM, et al. Enzimas intestinais na desnutrição. Arq. Gastroenterol. 2011; 151-159.

4- Neto F, U, VIARO T, WEHBA J, et al. Enteropatia tropical: alterações morfológicas e funcionais do intestino delgado e suas repercussões sobre o estado nutricional. Arq Gastroenterol. 2010; 177-182.

5- Watanabe LA, Beck CMI, Higa M, et al. Comparação entre ImmunoCAP® e teste cutâneo de hipersensibilidade imediata na avaliação da alergia às proteínas do leite de vaca IgE mediada em crianças. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2010; 6( 33 ): 224-228.

6- Duarte E, Oliveira JED. Intolerância à lactose em adultos. Rev Bras Pesq Med Biol. 2012; ( 11 ): 105.

7- Barbosa CR, Andreazzi MA. Intolerância à lactose e suas consequências no metabolismo do cálcio. Revista Saúde e Pesquisa. 2011; ( 4 ): 81-86.

8- WELSH JD. On the lactose tolerance test (comments). Gastroenterology. 2010; ( 3 ): 445-446.

9- Newcomer AD, McGill DB, Thomas PJ, et al. Prospective comparison of indirect methods for detecting lactase deficiency. *N Engl J Med*, 2012; (193 ): 1232.

10- Barr RG, Levine MD, Watkins JB, et al. Recurrent abdominal pain of childhood due to lactose intolerance; a prospective study. *N. Engl. J. Med.* 2009; 14491452.

## **Prevalência das doenças cardiovasculares dos residentes da cidade de São Vicente/SP**

*Nome dos autores: Laura Sbeghen Quaglio, Raissa Mendonça Menezes, Maria Luiza Ventura Samia, Alexandre Catena Volpe, Edgar Maquigussa; Mirian Aparecida Boim; Elizabeth Barbosa de Oliveira-Sales*

*Instituição de ensino: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) – Santos, SP*

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

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCVs) são responsáveis por 31% das mortes mundiais, elas englobam doenças coronarianas, cerebrovascular, arterial periférica, cardíaca reumática, cardiopatia, trombose venosa profunda e embolia pulmonar, e, possuem como fatores de risco: dieta inadequada, sobrepeso, obesidade, tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial, hiperlipidemia e glicemia alta<sup>1,2,3</sup>. Sabendo que as DCVs podem ser evitadas com a manutenção adequada da qualidade de vida, como a adoção de uma dieta balanceada, acompanhada de atividade física livre de tabagismo e alcoolismo, os mutirões de saúde preventiva demonstram uma excelente alternativa desde a conscientização populacional acerca da doença, sua manifestação e riscos a saúde, quanto ao seu diagnóstico precoce e direcionamento profissional, apresentando-se como um estímulo a promoção do bem-estar saudável da população requerente frente a enfermidades de alta manifestação social.

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência das DCVs nos residentes de São Vicente/SP para propor o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde.

Método: Foi realizado um estudo retrospectivo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa sobre os dados avaliados, como verificação da pressão arterial, teste de glicemia, altura, peso, índice de massa corporal (IMC) dos moradores de São Vicente/ SP. Os questionários e os exames físicos foram realizados durante a atividade de extensão intitulada “Mutirão de Saúde Preventiva”

em 2019 no Shopping de São Vicente. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC - Nº 3.489.857. A amostra foi constituída de 114 voluntários, entre homens e mulheres.

Resultados: A maioria dos indivíduos analisados (50%) apresentaram mais de 60 anos. A prevalência de indivíduos hipertensos na população vicentina foi 24,5%. Nota-se ainda, a presença de apenas 7,01% de diabéticos e, por fim, a predominância de obesos equivalente à 24,5%.

Conclusão: Concluímos que tanto a prevalência de hipertensão, como diabetes e obesidade na população de São Vicente é semelhante a prevalência brasileira. Portanto, a realização de ações de prevenção e promoção da saúde à cada ano são imprescindíveis, visando a conscientização da sociedade sobre os riscos das DCVs para a saúde, assim como os respectivos fatores de risco.

Referências bibliográficas:

1. World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases (CVDs) 2016.
2. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo 2016;
3. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde / organizado por Fátima Palmeira Bombarda e Fabiana da Mota Peroni. -- 2 ed. -- São Paulo: SES/SP, 2018.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, residentes de São Vicente, prevalência.



## **Retossigmoidite Actínica – Relato de caso**

*Leonardo Bergara Devechio<sup>1</sup>; Michelle de Oliveira Taquinardi<sup>1</sup> Anna Laura Ramos Saito<sup>1</sup>; Giovanna Portela Bernardi<sup>1</sup>Airton Zogaib Rodrigues<sup>2</sup>*

*1. Graduando(a) de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

*2. Mestre e Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

### **INTRODUÇÃO**

O câncer de bexiga é o tumor maligno mais comum no sistema urinário<sup>1</sup>. De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA), a neoplasia maligna de bexiga ocupa o nono tipo mais incidente, em nível mundial, com estimativa de novos casos de 9.480 em 2018<sup>2</sup>.

Quimioterapia, radioterapia, ressecção operatória do tumor são os 3 tipos de tratamentos indicados. A radioterapia apresenta taxa de resposta completa de 55%<sup>3</sup>,no entanto a taxa de complicações pode chegar até 10 a 15%<sup>4</sup>.

O tratamento por radioterapia ao atingir o reto e o cólon sigmóide, pode induzir a formação de retite actínica, lesão semelhante à doenças inflamatórias intestinais, ocorrendo a liberação de citocinas inflamatórias no tecido irradiado e consequentemente a fibrose<sup>4</sup>.

Muitos microRNAs desempenham papéis importantes no processo de resposta radiológica através da regulação da expressão genética<sup>5</sup>, por outro lado evidências sugerem que as alterações epigenéticas estão envolvidas em propriedades anti-tumorais da curcumina<sup>6</sup>. A combinação de irradiação e curcumina auxilia no tratamento radiosensibilizando diversos tipos de células tumorais e radioprotendendo células de órgãos normais<sup>7</sup>.

A radioterapia deve ser realizada em doses fracionadas, pois doses acima de 3 Gray por fração podem aumentar a toxicidade, porém é difícil mensurar a taxa de toxicidade corretamente. O tratamento do câncer de bexiga em indivíduos idosos e imunossuprimidos tende a ser mais curto visando a qualidade de vida<sup>8</sup>.

A Mesalazina é um medicamento que vem sendo utilizado em casos de retite actínica, devido a sua eficácia em tratamentos de doenças inflamatórias intestinais. Esse medicamento age inibindo a COX 1 e a COX 2, conseqüentemente inibindo a inflamação e a fibrose do tecido<sup>4</sup>.

Um estudo recentemente publicado avaliou o uso da mesalazina incorporada a um polímero biodegradável no tratamento de retite actínica em ratos, este estudo demonstrou que o uso de mesalazina retardou o processo inflamatório e reduziu a fibrose no período estudado<sup>3</sup>. No entanto ainda são necessários mais estudos randomizados que comprovem a eficácia deste medicamento<sup>4</sup>.

## OBJETIVO

Relatar um caso de paciente do sexo masculino, de 75 anos, que foi submetido a tratamento radioterápico e quimioterápico para neoplasia maligna de bexiga apresentando melhora dos sintomas, porém desenvolvendo Retossigmoidite Actínica moderada com subestenose do colo sigmoide distal após a terapêutica utilizada.

## RELATO DE CASO

Trabalho aprovado pela Plataforma Brasil CAAE: 21689619.0.0000.5509. Paciente do sexo masculino, 75 anos, com história de cólicas abdominais, diarreia, com muco, às vezes com laivos de sangue e tenesmo há 9 anos, após tratamento radioterápico e quimioterápico para neoplasia maligna de bexiga. Melhora dos sintomas com uso de Tiorfan 1cp diário. Peso mantido. Nega transfusões sanguíneas. Nega operações e outros antecedentes nosológicos.

EF: BEG, corado, P=58,4Kg, A=1,66m, PA=120x80mmHg, FC=68bpm, CP=ndn; Tórax:ndn; Cor:ndn; Abd: hepatomegalia homogênea, indolor a 1cm do RCD e dermatofibrose e linfedema em região pubiana; Exame Proctológico: pequenas hemorróidas externas. MM: ndn.

09/2012 até 03/2019, realizou cinco colonoscopias, que assemelhavam-se nas alterações encontradas, sempre denotando a presença de lesões compatíveis com retossigmoidite actínica, com melhora progressiva em relação ao número e aspecto das lesões, com exceção da diminuição da luz, rigidez e fixação do colo sigmoide (figuras 1 e 2).

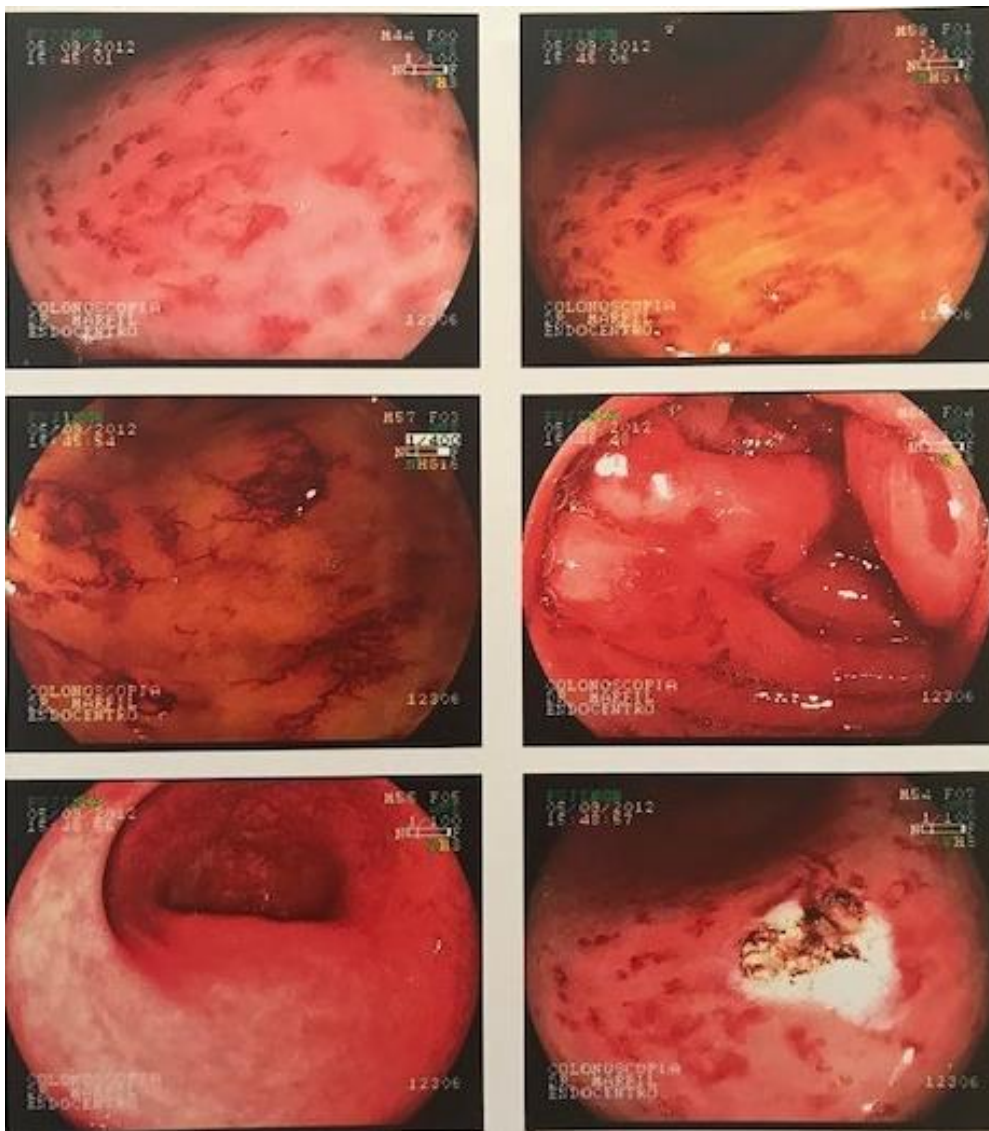


Figura 1. Colonoscopia (03/2012): lesões vasculares difusas acometendo retossigmoide, compatíveis com radiomucosite actínica, cujas biópsias revelaram: retossigmoidite crônica edematosa com fibroplasia periglandular compatível com reação inflamatória actínica.

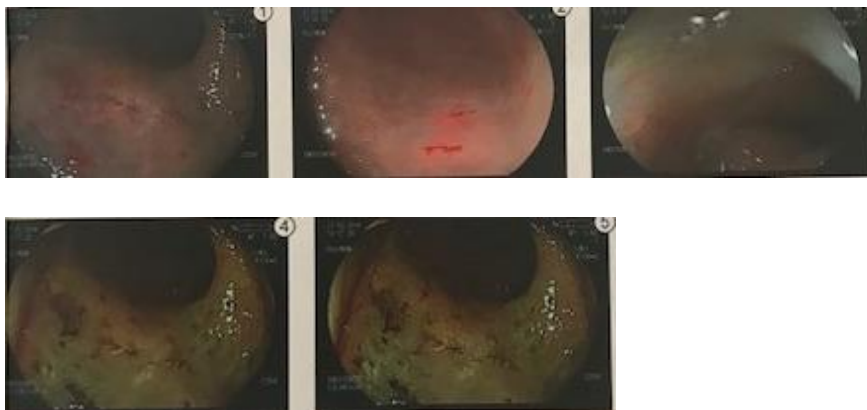


Figura 2. Colonoscopia (03/2019): mucosa do retossigmoide difusamente enantemática com apagamento da trama vascular submucosa além de algumas teleangiectasias, sem sinais de sangramento; redução abrupta do colo sigmoide distal, com angulação firme, impedindo a passagem do colonoscópio além desse segmento, cujas biópsias revelaram retossigmoidite crônica edematosa discreta.

Em 08/2017 realizou uma tomografia axial computadorizada de tórax e abdome superior e pelve revelando divertículos esparsos no colo descendente e sigmoide, sigmoide aderido à bexiga, discreta dilatação à montante do processo actínico (figuras 3 e 4).



Figura 3. TAC de Pelve demonstrando divertículos esparsos no sigmoide com discreta dilatação à montante

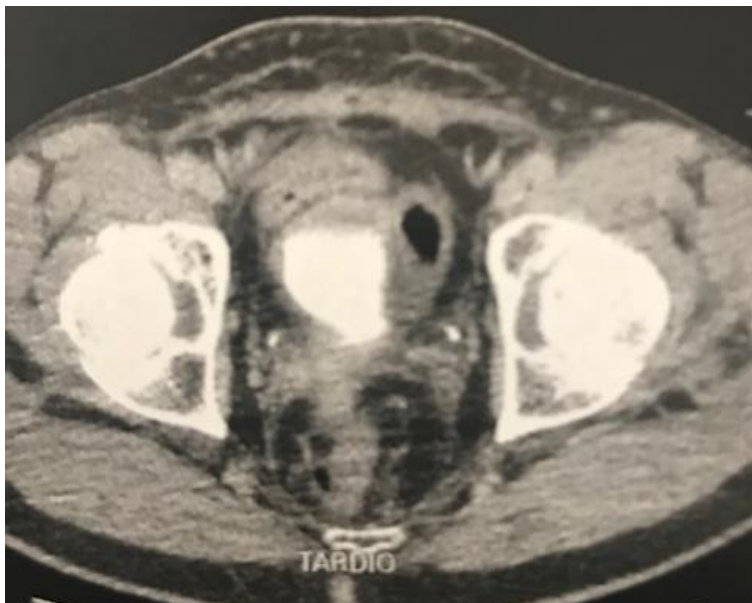


Fig. 4 TAC de Pelve demonstrando sigmoide aderido à bexiga.

Em 12/2018 solicitaram-se os seguintes exames subsidiários: Hemograma=normal; U=33mg/dL; C=1,3mg/dL; Urina I + SQ=normal; USG de abdome total e próstata=

cisto renal simples de 0,67x1,21cm no rim esquerdo e próstata aumentada (vol=23,1cc3).

Discutido com o paciente e esposa as seguintes alternativas:  
1-Terapêutica medicamentosa com Mesalazina por via oral.  
2-Retossigmoidectomia abdominal com possibilidade de Enterectomia e Cistectomia parcial associadas.  
3-Seguimento clínico sem qualquer terapêutica.

O paciente e esposa optaram por terapêutica medicamentosa e no momento, apresenta melhora significativa dos sintomas e segue em acompanhamento ambulatorial.

## DISCUSSÃO

O paciente em questão apresentou foi submetido a tratamento radioterápico neoplasia maligna de bexiga, desenvolvendo como complicação retite actínica, desta forma foram ofertados 3 opções: terapia medicamentosa com mesalazina via oral, retossigmoidectomia abdominal com possibilidade de enterectomia e cistectomia parcial associadas ou segmento clínico sem terapêutica. Nesse caso paciente e esposa optaram por terapia medicamentosa que apresentou significativa melhora dos sintomas.

## PALAVRA-CHAVE

Neoplasia Maligna de Bexiga; Retite Actínica; Mesalazina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Chao-Zhe Zhu<sup>1</sup>, Hua-Nong Ting<sup>1</sup>, Kwan-Hoong Ng<sup>2</sup>, Teng-Aik Ong: A review on the accuracy of bladder cancer detection methods. Journal of Cancer ;July 2019 10(17):4038-4044 .

2- INCA. Câncer de bexiga. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-bexiga>. Acesso em: 26 Ago.2019.

3 - Frédéric A, Guilhem R, Mikael A, et al. Review of hypo-fractionated radiotherapy for localized muscle invasive bladder cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. ESO 2019 Oct;142: 76-85.

4. Nunes VRT. Avaliação da mesalazina incorporada a polímero biodegradável no tratamento da Retite Actinica em ratos por meio de modelo alternativo de irradiação gama. Minas Gerais. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

5- Mohammadi A, Mansoori B, Baradaran B. Regulation of miRNAs by herbal medicine: an emerging field in cancer therapies. *Biomed Pharmacocether. JCR* 2017. 86:261-270.

6 - Momtazi AA, Shahabipour F, Khatibi S, et al. Curcumin as a microRNA regulator in cancer: a review. *REV PHYSIOL BIOCH P* 2016. 171:1-38.

7 - Ran XU, Haubing L, Shuiqing W, et al (2019) MicroRNA-1246 regulates the radio-sensitizing effect of curcumin in bladder cancer cells via activating P53. *International Urology and Nephrology*. <https://doi.org/10.1007/s11255-019-02210-5>.

8 - Frédéric A, Guilhem R, Mikael A, et al (2019) Review of hypo-fractionated radiotherapy for localized muscle invasive bladder cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. ESO 2019. 142: 76-85.

## **Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina. Revisão de literatura.**

*Bruna Luiza Pelicer<sup>1</sup>, Erika Tamie Saito<sup>1</sup>, Luiza Soares de Melo Costa<sup>1</sup>, Priscilla Freitas Guimarães Silva Giusti<sup>1</sup>, Joseph Bruno Bidin Brooks<sup>2</sup>*

- 1. Acadêmicas do Curso de medicina na Universidade Metropolitana de Santos.*
- 2. Docente da disciplina Estrutura e Função do curso de medicina da Universidade Metropolitana de Santos.*

*E-mail para contato: [bpelicer@bol.com.br](mailto:bpelicer@bol.com.br)*

### **Introdução**

A expressão britânica Burnout é utilizada para designar aquilo que perdeu sua funcionalidade por algum tipo de esgotamento, seja ele físico, psíquico ou emocional<sup>1</sup>. A Síndrome de Burnout, caracterizada fundamentalmente por despersonalização, exaustão emocional e percepção reduzida da autoeficácia, é considerada como um resultado do grau de tensão física e mental no ambiente em que o indivíduo se encontra<sup>2,3</sup>.

Os fatores de risco para desenvolvimento da síndrome podem ser divididos em fatores de risco individuais, como baixa autoestima, expectativas extremamente altas e visão de mundo idealista e fatores de risco organizacionais, como excesso de afazeres e desequilíbrio entre o esforço efetuado e sua respectiva recompensa<sup>4</sup>.

### **Objetivo**



Sintetizar e analisar as informações contidas na literatura sobre a Síndrome de Burnout, relacionando-a com os estudantes de medicina.

## Metodologia

Análise consecutiva de artigos pela Pubmed e Scielo no período de 2009 a 2019.

## Resultado/Desenvolvimento

Estudo realizado com 399 estudantes de medicina do 1º ao 8º semestre mostrou uma incidência de 12% de Síndrome de Burnout. Destes, houve predomínio de mulheres e estudantes do 5º semestre de graduação<sup>5</sup>. O 5º semestre também apresentou as maiores porcentagens de exaustão emocional e ansiedade. Esses índices elevados não parecem estar relacionados a quantidade de matérias agregadas, e sim pelo aumento da preocupação com o futuro e competência profissional. Além disso, é por volta deste período que os estudantes iniciam maior contato com os pacientes, gerando ansiedade, medo de cometer erros, como erro no diagnóstico e quebra de expectativas criadas previamente<sup>5</sup>.

Outro estudo americano, usando os mesmos critérios que o anterior, demonstrou que 45% dos estudantes de medicina apresentaram sinais de Burnout. Isso pode ser explicado pela diferença de metodologia aplicada e diferenças culturais<sup>5</sup>. Outra condição que contribui para a variação de índices de Burnout são a proximidade da cidade em que os estudantes são procedentes, visto o conforto gerado pela presença dos parentes<sup>5</sup>.

Isso se agrava, já que a maioria das escolas de medicina não tem estratégias implementadas, bem como pessoal de saúde mental designado para a identificação, acompanhamento e gerenciamento de tais casos. Como resultado, os estudantes que se deparam com essas dificuldades encontram-se usando práticas

inadequadas para lidar com a condição, com apenas uma pequena proporção deles buscando a ajuda adequada de pessoal de saúde mental qualificado<sup>6</sup>.

Assim como vários transtornos mentais, essa síndrome, entre outras, é negligenciada nos países em desenvolvimento<sup>7</sup>.

### Conclusão

O esgotamento físico, psíquico e emocional em um ambiente que demanda doação completa por parte do indivíduo em grandes jornadas de estudo e posteriormente trabalho, como na carreira médica, é causa de patologias psiquiátricas bem conhecidas na atualidade, como a ansiedade e depressão – principalmente em indivíduos predispostos. Observa-se que as causas de tais sintomas que acometem principalmente as mulheres, gênero que mantém conflito de papéis e certas atribuições nos processos de socialização, advém principalmente do medo da incompetência e insuficiência no meio profissional, do distanciamento de sua família de origem e da insegurança de seu futuro profissional. Somado a isso, a negligência à saúde mental, provinda de instituições de ensino e ambientes de trabalho, contribui para a estabilidade da patologia entre os indivíduos.

### Referências

1. Correia, MM, Moreira MFFF, Cespe ASS, Altoé AAM, Soares RJO. Síndrome de burnout e ideação suicida entre estudantes de medicina: um estudo de revisão. *Braz. J. Hea. Rev.* 2019;2(3):2225-2227.
2. Silva RAD, Araújo B, Moraes CCA, Campos SL, Andrade AD, Brandão DC. Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas? *Fisioter. Pesqui.* 2018;25(4):388-394.
3. Bitran M, Zúñiga D, Pedrals N, Echeverría G, Vergara C, Rigotti A, Puschel K. Burnout en la formación de profesionales de la salud en Chile: Factores de protección y riesgo, y propuestas de abordaje desde la perspectiva de los educadores. *Rev. Méd Chile.* 2019;147(4):510-517.

4. Mealer M, Moss M, Good V, Gozal D, Kleinpell R, Sessler C. Am J Respir Crit Care Med. 2016;194(1):1-2.
5. Barbosa M L, Ferreira BLR, Vargas TN, Ney da Silva GM, Nardi AE, Machado, S, Caixeta L. Burnout Prevalence and Associated Factors Among Brazilian Medical Students. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2018;14(1):188–195.
6. Nwobi EA, Ekwueme OC, Ezeoke EA. Mental depression and coping strategies among medical students of University of Nigeria, Enugu campus. Int J Med Health Dev. 2009;14(1):1–3.
7. Njim T, Mbanga CM, Tindong M, Fonkou S, Makebe H, Toukam L, Fondungallah J, Fondong A, Mulango I, Kika B. Burnout as a correlate of depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. BMJ Open. 2019;9(5):e027709. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502056/>

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; Estudantes de medicina; Saúde mental

## Revisão Bibliográfica “TAMOXIFENO E ENDOMÉTRIO”

*Beatriz Mendonça Carassini<sup>1</sup>, Beatriz Nascimento Pasquale<sup>1</sup>, Carolina Mendonça Carassini<sup>1</sup>, Luiza Serra Carvalho Moura<sup>1</sup> e 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: Carolina Mendonça Carassini [carolcarassini@gmail.com](mailto:carolcarassini@gmail.com)*

Introdução: O Tamoxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio, utilizado para tratamento hormonal adjuvante de pacientes com carcinoma invasivo ou “in situ” de mama com receptor de estrógeno e/ou receptor de progesterona positivo, tanto na pré quanto na pós-menopausa, como tratamento paliativo em carcinomas metastáticos e como quimioprevenção em pacientes de risco elevado.

1,2,3

No útero, foram observados aumento da incidência de proliferação endometrial, hiperplasia e pólipos endometriais, carcinoma de endométrio e sarcoma<sup>3,4,5</sup>. A fim de melhor observar o endométrio, um dos procedimentos utilizados é a histeroscopia com biópsia dirigida<sup>6</sup>. O endométrio, ao revestir internamente o útero e sofrer ação de hormônios ovarianos, varia de espessura conforme a concentração de estrogênio e progesterona na circulação ou no ciclo menstrual<sup>3</sup>. Estudos apontam que pacientes usuárias de tamoxifeno tiveram incidência de carcinoma endometrial aumentada em três vezes em relação às não usuárias<sup>3</sup>. No entanto, o risco absoluto da doença é baixo, mesmo nas usuárias do tamoxifeno.<sup>3</sup>

Palavras-chaves: Tamoxifeno; Endométrio; Histeroscopia.

Objetivo: Evidenciar a relação entre o uso do Tamoxifeno e sua ação no endométrio, assim como as indicações para a utilização dessa droga, os efeitos

colaterais que ela pode ocasionar no organismo feminino e alguns procedimentos realizados para controlar a saúde das pacientes que a utilizam.

Metodologia: Revisão bibliográfica a partir de leitura de artigos científicos encontrados na base de dados Google Scholar e SciELO e livros acadêmicos impressos da especialidade médica de Mastologia no período de 2002 a 2017. A pesquisa foi restringida pelas palavras-chaves: “Tamoxifeno”, “Endométrio”, “Modo de atuar” e “Consequências”.

Resultados: Foram consultados 5 livros acadêmicos e 15 artigos científicos por meio de buscas manuais, sendo que foram selecionados e lidos 5 livros acadêmicos e 5 artigos científicos tendo como critério de inclusão aqueles que continham as palavras-chaves.

Discussão: O Tamoxifeno é um Modulador Seletivo do Receptor de Estrógeno oral<sup>7</sup>. Na mama, é um antagonista do receptor de estrógeno<sup>7</sup>. Em outros tecidos, como o endométrio, é agonista do receptor de estrógeno.<sup>7</sup>

O Tamoxifeno tem como efeito adverso mais importante o seu poder carcinogênico direto no endométrio por conta da sua atividade estrogênica<sup>5</sup>. O aumento na espessura endometrial, a presença de hiperplasia e o desenvolvimento de pólipos no endométrio também estão ligadas a ação estrogênica do Tamoxifeno por períodos prolongados<sup>4,8</sup>. Segundo o dicionário de Especialidades Farmacêuticas (2010) e o Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem (2011), os efeitos colaterais relatados devido à ação antiestrogênica da droga são diversos, sendo os mais frequentemente: ondas de calor, sangramento vaginal, prurido vulvar e corrimento vaginal.<sup>5</sup>

A avaliação endometrial, proporcionada pela ultrassonografia, é importante na elucidação diagnóstica das lesões endometriais<sup>8,9</sup>. Além disso, também há a histeroscopia, procedimento que permite a avaliação de toda a cavidade endometrial.<sup>8,9</sup>

A histeroscopia com biópsia e anátomo patológico é considerada padrão ouro para a avaliação do endométrio e deve ser solicitada quando o eco endometrial se apresentar heterogêneo e acima de 5 mm e quando a paciente apresentar sangramento vaginal<sup>9,10</sup>. Há também outras formas de abordagem do endométrio para análise histo ou citológica, devendo ser escolhido o método conforme cada caso.<sup>9,10</sup>

Conclusão: O Tamoxifeno é uma droga importante no tratamento do câncer de mama invasivo. Entretanto, por atuar no endométrio como agonista do receptor de estrógeno, torna-se necessário que as mulheres submetidas ao uso dessa droga realizem procedimentos anuais, como a ultrassonografia, para correta avaliação do endométrio e quando necessário, realizar biópsia de endométrio para descartar atipias e o adenocarcinoma.

Portanto, nota-se que o uso dessa droga provoca o aumento da incidência de proliferação endometrial, hiperplasia e pólipo endometrial, carcinoma de endométrio e sarcoma no útero. Dessa maneira, embora haja a diminuição estatisticamente significativa do câncer de mama receptor estrogênio positivo em mulheres com elevado risco que utilizam essa droga por 5 anos, o uso de Tamoxifeno promove o aumento da probabilidade de desenvolvimento de câncer de endométrio – mesmo assim o risco absoluto da doença ainda é baixo. Consequentemente, nota-se a importância de fazer exames diagnósticos e de acompanhamento.

#### Referências Bibliográficas:

1. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, et al. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. Revista Brasileira de Cancerologia. Vitória, 15-21, 2010. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_57/v01/pdf/04\\_artigo\\_mulheres\\_diagnostico\\_cancer\\_mama\\_tratamento\\_tamoxifeno.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/04_artigo_mulheres_diagnostico_cancer_mama_tratamento_tamoxifeno.pdf)>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

2. Guedes JBR, Guerra MR, Alvim MM, et al. Fatores associados à adesão e à persistência na hormonioterapia em mulheres com câncer de mama. Rev. bras. epidemiol. 2017 Dezembro 20. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2017.v20n4/636-649/#>>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.
3. Barra AA, Santos AMR, Barros CP, et al. Avaliação endometrial em pacientes usuárias de tamoxifeno. Femina, Janeiro-Feveireiro 2013, Volume 41 (1). Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3699.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.
4. Feitosa FEL, Juaçaba SF, Medeiros FC. Alterações Endometriais em Pacientes com Câncer de Mama Tratadas com Tamoxifeno. RBGO, 2002; Volume 24 (4): 233-239.
5. Bertelli G, Hall E, Ireland CF, et al. Long-term endometrial effects in postmenopausal women with early breast cancer. Leituras suplementares participating in the Intergroup Exemestane Study (IES) – a randomized controlled trial of exemestane versus continued tamoxifen after 2-3 years tamoxifen. Ann Oncol. 2010; 21(3): 498-505.
6. Medeiros FA, Mendonça M. Avaliação da Histeroscopia como Método Diagnóstico de Alterações Endometriais em Pacientes sob Terapia Adjuvante com Tamoxifeno para Câncer de Mama. Revista brasileira de videocirurgia, Minas Gerais, 2004; 2(1): 5-13. Disponível em: <[https://www.sobracil.org.br/revista/rv020201/rbvc020201\\_5.pdf](https://www.sobracil.org.br/revista/rv020201/rbvc020201_5.pdf)>. Acesso em: 22 de agosto de 2019.
7. Araujo JTN, Facina G; Elias S. Mastologia Condutas Atuais. 1.ed. Editora Manole; 2015.
8. Teixeira AC; Schwarz RS; Pereira C, et al. Valor da ultra-sonografia na avaliação das alterações endometriais em pacientes tratadas com tamoxifeno. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Novembro – Dezembro 2007; Volume 40 (6): 365-369. Disponível em: <

[http://www.rb.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1211&idioma=Portugues](http://www.rb.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1211&idioma=Portugues)>.

Acesso em: 22 de agosto de 2019.

9. Boff RA, Wisintainer F. Mastologia moderna: abordagem multidisciplinar. 1.ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2006.
10. Girão MJBC; Lima GR; Baracat EC. Ginecologia. 1.ed. UNIFESP, São Paulo: Editora UNIFESP Fap; 2009.



## **O uso do “stent” no tratamento da hipertensão renovascular**

*Nome dos autores: Bruna Marquez Rodrigues de Paula, Kamilla Mayr Martins Sa; Laura Sbeghen Quaglio; Raissa Mendonça Menezes; Alexandre Catena Volpe; Edgar Maquigussa, Mirian Aparecida Boim, Elizabeth Barbosa de Oliveira-Sales*

*Instituição de ensino: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) – Santos, SP*

*e-mail: [bruna.maarquez@gmail.com](mailto:bruna.maarquez@gmail.com), [kamillamm@hotmail.com.br](mailto:kamillamm@hotmail.com.br),*

*[laurasquaglio@gmail.com](mailto:laurasquaglio@gmail.com), [raissa.menezes@uol.com.br](mailto:raissa.menezes@uol.com.br),*

*[edgarmaquigussa@gmail.com](mailto:edgarmaquigussa@gmail.com), [mirianboim@gmail.com](mailto:mirianboim@gmail.com)*

*[betholiveira@gmail.com](mailto:betholiveira@gmail.com)*

Introdução: A hipertensão renovascular (HR) é a principal causa de hipertensão secundária, possuindo uma relevância clínica devido as suas complicações: hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal. A principal causa para HR é a estenose da arterial renal e havendo tratamento precoce é possível a reversão do quadro clínico. Sendo assim, nota-se a importância em diagnosticar e escolher o tratamento mais efetivo para essa patologia.

Objetivo: Averiguar a eficiência do uso do “stent” versus os demais tratamentos de HR; por meio de uma revisão narrativa da literatura sobre hipertensão renovascular e seus tratamentos.

Método: Foi feita uma revisão da literatura de artigos de revistas indexadas e revisões sistemáticas, assim como metanálises, dos bancos do Medline, Scielo e Cochrane CENTRAL.

Desenvolvimento: A HA pode ser classificada em dois tipos: essencial a qual é idiopática e multifatorial e a secundária, aquela que possui atrelada à ela outra patologia médica, sendo as principais apnéia, artérias renais com obstrução e níveis dos hormônios controladores da pressão desregulados<sup>1</sup>. A hipertensão secundária possui prevalência de 5% a 10% na população adulta. A causa mais comumente responsável pela hipertensão secundária é a hipertensão renovascular, a qual tem sua prevalência entre 1 a 5% da população de

hipertensos. Com diagnóstico precoce e tratamento específico, posterior às complicações da hipertensão prolongada, a hipertensão secundária pode ser curável<sup>2,3,4</sup>. A fisiopatologia da doença da HR consiste na interação entre o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), o qual ativado é responsável pela retenção de sódio e volume, com outros sistemas pressores. A estenose pode ser unilateral (fase inicial, mantida pelo SRAA, sendo o rim contralateral responsável por compensar a diminuição da excreção de sódio e baixa perfusão) ou bilateral (em que toda a massa renal está isquêmica e não há natriurese pressórica compensatória)<sup>3,5</sup>. Assim, prolongado o quadro de estenose bilateral, consequência do SRAA, ocorre um quadro hipertensivo acompanhado de hipervolemia. Quando ocorre a estenose da artéria renal, há diminuição do fluxo sanguíneo renal, o qual é percebido pelas células justaglomerulares do rim, as quais liberam renina produzida no fígado, gerando um aumento na produção de angiotensina I que será convertida em angiotensina II pela ECA (enzima conversora de angiotensina) e produzirá aldosterona. A aldosterona é responsável pela maior recaptação do íon sódio e água, aumentando assim a volemia, a resistência periférica e como consequência, há um aumento da pressão arterial (PA). O sistema nervoso simpático (SNS) também tem um papel essencial no controle da PA por meio dos barorreceptores, os quais estão localizados na artéria aorta e na bifurcação das carótidas e através dos nervos glossofaríngeo e vago (SNC) são responsáveis por informar alterações ao controle simpático (região rostro ventrolateral da medula - RVL) e parassimpático (sobretudo núcleo ambíguo). O aumento da atividade barorreceptora é interpretado com uma redução do tônus simpático e aumento do tônus vagal, sendo o Glutamato (neurotransmissor excitatório) e o GABA (neurotransmissor inibitório), as principais substâncias responsáveis pelo mecanismo controlador do sistema cardiovascular<sup>6,7,8,9,10</sup>. Deste modo, o tratamento da HR mais comum é a intervenção. Há também a possibilidade do controle da PA por meio de terapia medicamentosa, principalmente, inibidores da ECA, sendo evitado em lesões bilaterais, devido à piora dos casos na maioria dos pacientes. A intervenção consiste na correção da lesão estenótica por meio de

intervenção cirúrgica ou angioplastia podendo haver a colocação ou não de “*stent*”, devendo-se sempre atentar-se a idade do paciente e condições clínicas pré-existentes. Na metanálise mais recente, em que avaliaram-se 14 estudos e observou-se que a angioplastia com “*stent*” teve uma alta taxa de sucesso técnico (98%), tendo somente 11% dos indivíduos complicações graves. Também foi observado que 69% tiveram cura ou melhora da hipertensão, sendo que em 30% houve melhora da função renal e 38% estabilizou-se, somente 17% tiveram reestenose<sup>11,12</sup>.

Conclusão: Portanto, conclui-se que a colocação do “*stent*” caracteriza-se um melhor método de tratamento de HR, pois reestabelece o fluxo renal, mantendo os níveis pressóricos nos valores de normalidade. Esse tratamento deve ser associado ao uso de fármacos, os quais após a intervenção cirúrgica tem suas doses diminuídas, para resultados mais eficientes.

Referências bibliográficas:

1. Stanford Health Care [internet]. Types of Hypertension [acesso em 08 de maio de 2019]. Disponível em: <https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/blood-heartcirculation/resistant-hypertension/types.html>
2. Onusko E. Diagnosing secondary hypertension. *Am Fam Physician* 2003; 67(1): 67-74.
3. Kaplan NM, ed. *Clinical hypertension*. 8th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 2002.
4. Ritz E, Adamczak M, Zeier M. Kidney and hypertension – causes. *Herz* 2003;28: 663-7.
5. Safian RD, Textor SC. Renal-artery stenosis. *N Engl J Med* 2001;344(6): 431-42
6. Vashist A, Heller EN, Brown Jr EJ, et al. Renal artery stenosis: A cardiovascular perspective. *Am Heart J* 2002;143: 559-64.

7. Ploth DW. Angiotensin-dependent renal mechanisms in two-kidney one-clip renal vascular hypertension. *Am J Physiol* 1983; 245:131-141.
8. Mitchell KD, Navar LG. Intrarenal actions of Angiotensin II in the pathogenesis of experimental hypertension. In: *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*. J.H. Laragh and B. M. Brenner. New York: Raven 1995;1437- 1450.7
9. Navar LG, Zou L, Thun AV, et al. Unraveling the mystery of Goldblatt hypertension. *News Physiol Sci* 1998;170-176
10. Lerman LO, Chade AR, Sica V, et al. Animals models of hypertension: an overview. *J Lab Clin Med* 2005;160-173.
11. Leertouwer TC, Gussenhoven EJ, Bosch JL, et al. Stent placement for renal arterial stenosis: where do we stand? A meta-analysis. *Radiology* 2000; 216: 78-85.
12. Bortolotto LA, Kajita L, Bernardes-Silva H. Renal artery stent placement in high-risk patients with atherosclerotic renal artery stenosis: long term follow-up. *J Hypertension* 2004; 22 (suppl1):158S.

Palavras-chave: hipertensão renovascular, estenose renal, tratamento, angioplastia, “stent”.

## **Amiloidose: Relato de Caso**

*Nome dos autores: Luana Nicola de Araujo, Thais Regina Santos, Priscila Ferreira Diniz, Victor Perez Teixeira, Angelo Sementilli, Caio Vinicius Gonçalves Roman Torres, Ricardo Edésio Amorim Santos Diniz.*

*Instituição de ensino: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) - Santos, SP*

*E-mail: luana.nicola@hotmail.com; santos.thaisregina@hotmail.com ; cvgrt@hotmail.com*

Introdução: Amiloidose é uma doença de causa desconhecida caracterizada por deposição extracelular de material fibrilar amiloide, formado por proteínas insolúveis com acúmulo em diferentes locais do corpo. Pode ser localizada, como é o caso apresentado ou sistêmica com disfunção da área envolvida, levando à insuficiência cardíaca, insuficiência renal, macroglossia, etc. O diagnóstico é confirmado por biopsia do tecido afetado. (1)

Objetivo: O objetivo no presente relato foi descrever um caso (raro) de amiloidose localizada afetando glândulas salivares.

Método: Relato de caso. Relato de Caso: Paciente A.S., sexo masculino, 74 anos, procurou atendimento médico queixando-se de aumento de volume na região submandibular e abaixo da língua desde 2015. Não há outro envolvimento sistêmico.

Exame físico: tumoração indolor, endurecida, bilateral, submandibular e abaixo da língua.

Antecedentes pessoais: nega etilismo, tabagismo e doenças prévias de envolvimento glandular. Exames laboratoriais e TC de abdome e tórax normais.

Tomografia computadorizada do pescoço: glândulas submandibulares de dimensões aumentadas, medindo cerca de 5,5 x 4,0 cm à direita e 5,0 x 3,3 cm à esquerda, e atenuação heterogênea com múltiplas calcificações em seu interior.

Biópsia: Cortes evidenciando extensa deposição de material eosinofílico amorfo, positivo para vermelho congo e polarização verde-maçã ao exame sob luz polarizada. Este material está associado a reação focal gigantocelular, depositado sobretudo no interstício e, focalmente, em parede de artérias. Há três focos inflamatórios crônicos, com componente plasmocitário focal. Presença de foco de ossificação distrófica, com lamela óssea madura. Presença de apenas um ducto pequeno - ducto remanescente em mais de um dos focos inflamatórios descritos.

Discussão: A maioria dos pacientes com amiloidose são do sexo masculino entre 40 e 80 anos de idade (2,3). O paciente descrito no relato de caso está na 7ª década de vida. A amiloidose nas regiões de cabeça e pescoço é, geralmente manifestação localizada da doença, apresentando como sítios mais acometidos faringe, laringe e cavidade bucal (2,4,5), com maior predileção pela língua (12 a 26%). A macroglossia é a manifestação clínica mais comum (2,6,7,8). Além da língua, a amiloidose pode acometer, de forma rara, outras regiões, como a glândula salivar (5,4%), mucosa jugal (3,64%), gengiva (1,84%) e lábio (1,84%) (9,10).

Na literatura encontram-se raros casos de deposição de material amiloide em glândulas parótida e submaxilar, geralmente associados a manifestação sistêmica. Casos de amiloidose localizada em glândula salivar, sem envolvimento sistêmico, não foram descritos na revisão sistemática consultada, tornando a descrição de extrema relevância por sua raridade (11).

O padrão ouro para confirmação diagnóstica é a biópsia, corada pelo vermelho Congo e sob luz polarizada (2). A forma localizada é de melhor prognóstico em relação à sistêmica e o tratamento é baseado na remoção cirúrgica com baixo índice de recidiva (4,5). O paciente descrito foi encaminhado para a cirurgia,

entretanto, por estagnação do quadro optou-se pela não realização do procedimento, pois havia grande chance de lesionar músculos da língua.

Conclusão: Foi apresentado um raro caso de amiloidose localizada em glândula salivar submandibular, sem envolvimento sistêmico.

Palavras-chave: Amiloidose, Localizada, Sistêmica. Referências Bibliográficas:

1. Cohen AS, Calkins E. Electron microscopic observations on a fibrous component in amyloid of diverse origins. *Nature*. 1959; 183: 1202-3; 2. Nandapalan, V. et al. Localizes amyloidosis of the parotid gland: a case report and review of the localized amyloidosis of the head and neck. *Head Neck*, 20: 73-8, 1998 3. Faria PR, Menezes LFC, Saldiva PHN, et al. Amiloidose na cavidade bucal: aspectos clínicos, histopatológicos e ultra-estruturais. *Rio de Janeiro*, v. 39, n. 2, p. 161-166, 2003 4. Cohen, A.S. & Connors, L.H. The pathogenesis and biochemistry of amyloidosis. *J. Pathol.*, 151: 1-10, 1987 5. Kerner, M.M. et al. Amyloidosis of the head and neck: a clinicopathologic study of the UCLA experience, 1955-1991. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 121: 778-82, 1995. 6. Guccion, J.G. et al. Hemodialysis-associated amyloidosis presenting as lingual nodules. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 68: 618-23, 1989. 7. Jacobs, P. et al. Massive macroglossia, amyloidosis and myeloma. *Postgrad. Med. J.*, 64: 696-8, 1988. 8. Mazzara, C.A. et al. Clinical and pathologic diagnosis pathologic quiz case 2. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 118: 440, discussion 443, 1992 9. Mardinger, O. et al. Surgical management of macroglossia due to primary amyloidosis. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 28: 129-31, 1999. 10. Reinish, E.I. et al. Tongue, primary amyloidosis, and multiple myeloma. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 77: 121-5, 1994. 11. Jacques TA, Giddings CEB, Hawkins PN, et al. Head and neck manifestations of amyloidosis. *The Otorhinolaryngologist* . 2013; 6(1): 35–40

## **AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE MULHERES CONSTIPADAS E NÃO CONSTIPADAS PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO**

*<sup>1</sup>Luana dos Santos, <sup>2</sup>Simone dos Anjos Caivano, <sup>3</sup>Jean Carlos Silvestre*

*<sup>1</sup>Estudante de Nutrição Universidade Metropolitana de Santos*

*<sup>2</sup>Docente da Universidade Metropolitana de Santos*

*<sup>3</sup>Docente da Universidade Metropolitana de Santos e da Universidade Católica de Santos*

Palavras – chaves: Mulheres, constipação e atividade física.

Introdução: Atualmente a prática de atividade física está crescendo conforme a modernidade, entre diversas modalidades a musculação vem ganhando espaço, por proporcionar melhora na qualidade de vida e aptidão física<sup>(1)</sup>. Com o passar dos anos os índices de mulheres praticantes de musculação tem crescido por inúmeros motivos dentre eles estão o emagrecimento e a estética<sup>(2)</sup>.

Muitas mulheres para alcançar o emagrecimento desejado apelam para uma alimentação inadequada com consumo insuficiente de carboidratos ricos em fibras, bem como baixa ingestão de água<sup>(3)</sup>. Neste contexto há uma alteração da motilidade intestinal que comprometem a absorção de nutrientes favorecendo o aparecimento de diversas doenças como a constipação intestinal.

A constipação intestinal de acordo com os critérios de Roma III é diagnosticada em pacientes que apresentam pelo menos duas das seguintes queixas, menos de três evacuações por semana, fezes duras ou sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das evacuações, dificuldade para



evacuar em pelo menos 25% das evacuações, necessidade de manipulação digital para facilitar a saída das fezes <sup>(4)</sup>.

A constipação pode ser atenuada com o aumento da ingestão de fibras, líquidos e também pela prática de atividade física <sup>(5)</sup>. Sobre o consumo de fibras, sua ingestão recomendada é de 25g/dia, compondo uma alimentação variada em frutas, hortaliças e grãos <sup>(6)</sup>.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a ingestão alimentar de mulheres constipadas e não constipadas praticantes de musculação.

Metodologia: O estudo possui caráter transversal. Participaram 18 mulheres na faixa etária de 18 a 50 anos e que realizam a prática de exercício físico. Foi aplicado um questionário de bem-estar geral conforme critérios de ROMA III com o intuito de identificar mulheres que apresentam ou não constipação. Para avaliação da ingestão alimentar utilizamos o recordatório de 24 horas de um dia habitual. A ingestão de nutrientes foi realizada conforme recomendações da *Dietary Reference Intakes* <sup>(7)</sup> para a população, conforme a tabela 1. Os dados estão apresentados de forma descritiva. Após a aplicação do questionário ROMA III as participantes foram divididas em dois grupos constipadas e não constipadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos, sob o protocolo número 3.433.350/2019. Para tanto, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) autorizando a utilização de seus dados no presente estudo.

Resultados: Analisando os dados do recordatório alimentar das 8 participantes classificadas como grupo constipadas, obtivemos a média de consumo de 12,49g/dia, já as 10 participantes classificadas como grupo não constipadas obtiveram uma média de consumo de 15,44g/dia de fibras. A ingestão de fibras de todas as participantes apresentou valores abaixo da recomendação descrita pelas DRIs. O consumo hídrico também não foi satisfatório, obtivemos a média dos grupos constipados de 1,400 litros e do grupo não constipadas de 1,470 litros, sendo abaixo do consumo recomendado pela DRIs de 2,7 litros diários.

Discussão: Com relação aos resultados apresentados pela baixa ingestão hídrica nos grupos classificados de constipadas e não constipadas, houve uma associação no quadro de constipação com os resultados de consumo de fibras provenientes de frutas, hortaliças, verduras e legumes entre os grupos com uma diferença de 20%, significando que a constipação pode estar associada a baixa ingestão desses alimentos no cardápio. Alguns autores não evidenciam que nem a ingestão de fibra alimentar, e nem de líquidos estão associadas com a constipação intestinal<sup>(8)</sup>. Porém, outros autores em seus estudos ressaltam que uma dieta pobre em fibras alimentares contribuem para o desenvolvimento da CI<sup>(9)</sup> e de que existe um efeito laxante da fibra alimentar na produção para o aumento de fezes e no tempo acelerado no trânsito do cólon, auxiliando no funcionamento intestinal adequado. Porém, uma explicação plausível para a prevalência razoável de ingestão hídrica encontrada neste estudo, principalmente para o grupo não constipado e de que se imagina por praticarem atividade física tenham uma alimentação mais saudável e equilibrada.

Considerando o Critério de Roma III, utilizado no questionário de bem-estar geral que foram desenvolvidos para padronizar a definição de constipação em estudos epidemiológicos, e para realizar o diagnóstico na prática clínica<sup>(10)</sup>. Obteve relatos das participantes do grupo constipadas sintomas como esforço excessivo, dor, esvaziamento intestinal incompleto e distensão abdominal caracterizando um quadro de constipação intestinal. De fato, outro estudo encontrou dados de 48% e 52% em relação ao esforço evacuatório e ao aspecto endurecido das fezes<sup>(11)</sup>, respectivamente, apesar de outros trabalhos reportarem a prevalência de outros sintomas gastrintestinais, como sensação de evacuação incompleta semelhante ao presente estudo<sup>(12)</sup>.

## Conclusão

O presente estudo demonstrou que houve uma diferença de consumo de fibras advindas de alguns grupos de alimentos, sendo um dos fatores determinantes para o aparecimento dos sintomas descritos pelo grupo constipadas.

#### Referências Bibliográficas

1. Tahara AK, Schwartz GM, Silva KA. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias TT - Adherence and maintenance into practicing exercises at gym. Rev bras ciênc mov [Internet]. 2003;11(4):7–12. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-524936>
2. De Liz CM, Crocetta TB, Da Silveira Viana M, Brandt R, Andrade A. Aderência à prática de exercícios físicos em academias de ginástica. Motriz Rev Educ Fis. 2010;16(1):181–8.
3. Paixão LA, Castro FF dos S. <b>Colonização da microbiota intestinal e sua influência na saúde do hospedeiro</b> - doi: 10.5102/ucs.v14i1.3629. Univ Ciências da Saúde [Internet]. 2016;14(1). Available from: <http://www.publicacoes.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/3629>
4. Gavanski DS, Baratto I, Gatti RR. Avaliação do hábito intestinal e ingestão de fibras alimentares em uma população de idosos. RBONE - Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento. 2015;9(49):3–11.
5. Araújo GDS, Oliveira J De, Lemos M, Satyro L, Medeiros M De, Bezerra R, et al. Constipação intestinal em crianças e a importância das fibras alimentares : Uma revisão da literatura Intestinal constipation in children and the importance of dietary fiber : A review of the literature Constipación intestinal en niños y la importancia de. :1–9.
6. Carabin IG, Gary Flamm W. Evaluation of safety of inulin and oligofructose as dietary fiber. Regul Toxicol Pharmacol. 1999;30(3):268–82.
7. Padovani, RM; Amaya-Farfan, J; Colugnati, FAB; Domene S. Dietary reference intakes : aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais Dietary reference intakes : application of tables in nutritional studies. Rev Nutr.

- 2006;19(6):741–60.
8. Murakami K, Sasaki S, Okubo H, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M. Association between dietary fiber, water and magnesium intake and functional constipation among young Japanese women. *Eur J Clin Nutr.* 2007;61(5):616–22.
  9. Arnaud MJ. Mild dehydration: A risk factor of constipation? *Eur J Clin Nutr.* 2003;57:S88–95.
  10. Talley NJ. Impact of Chronic Constipation. *Rev Gastroenterol Disord.* 2004;4:3–10.
  11. Collete VL, Araújo CL, Madruga SW. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: Um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. *Cad Saude Publica.* 2010;26(7):1391–402.
  12. Martinoff T, Aquino R de C de. Avaliação de constipação intestinal e sua relação com hábito alimentar e estilo de vida de universitários. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2008;3(15):47–51.

## **AVALIAÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A VITALIDADE NEONATAL NA BAIXADA SANTISTA**

*Carlos Eduardo Slateff Baldini<sup>1</sup>, Alfério Luis Ferreira Braga<sup>2</sup>*

*1 – Aluno de graduação em Medicina da Universidade Metropolitana de Santos*

*2 – Orientador do programa de iniciação científica da Universidade Metropolitana de Santos*

*Email do autor: [carlosbaldini@icloud.com](mailto:carlosbaldini@icloud.com)*

### **Introdução**

O score de Apgar avalia cinco fatores relacionados a vitalidade do recém-nascido: cianose, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e respiração; cada uma dessas categorias é pontuada de 0 a 2, podendo totalizar até 10 pontos. A avaliação do recém-nascido pela escala de Apgar é feita no primeiro e no quinto minuto de vida e se necessário a cada 5 minutos até o 20º minuto de vida. O score de Apgar baixo ao 5º minuto representa um risco aumentado de doenças incluindo encefalopatia hipóxica. (1)

O resultado da avaliação do score de Apgar pode ser classificado, segundo categorias sugeridas pela própria Dra. Virginia Apgar: baixo quando o recém-nascido atinge até 3 pontos, em intermediário quando o recém nascido atinge de 4 a 6 pontos e acima de 7 pontos classifica-se como normal. (2)

Na Suécia, um estudo realizado entre os anos de 1973 e 2002 demonstra que o risco de o recém-nascido apresentar um Apgar inadequado (<7) na gestação é aumentado devido as condições socioeconômicas da mãe. Há uma relação direta entre escolaridade materna e o score de Apgar, também foi mostrado que mulheres que realizam trabalho braçal tem maior risco de ter um filho com baixo score de Apgar. (3)

## Objetivos

Avaliar os fatores que influenciam na vitalidade do recém-nascido , por meio da escala de Apgar no 5º minuto após o nascimento.

## Materiais e métodos

Foram utilizados dados da Declaração de Nascido Vivo (DNV), obtidos por meio do portal DATASUS/MS. A determinação dos fatores associados aos baixos valores do score de Apgar foi feita através de regressão logística univariada. As variáveis que apresentaram significância estatística menor ou igual a 20% foram inseridos no modelo múltiplo.

Este estudo utiliza dados secundários de acesso irrestrito. Não foram utilizadas informações capazes de identificar os participantes do estudo, portanto acordo com a Resolução Nº 510, De 07 De Abril De 2016, paragrafo único - artigo V da CONEP esse trabalho esta isento de submissão ao comitê de ética em pesquisa.

Esse contou com financiamento da Universidade Metropolitana de Santos via bolsa de iniciação científica (PIC/UNIMES)

## Resultados

A tabela 1 mostra os resultados das estimativas de fatores associados a Apgar baixo de 5º minuto, utilizando modelos Univariados e múltiplos.

Tabela 1 - Razões de chance e intervalos de 95% para fatores potencialmente associados aos valores baixos ou intermediários do score de Apgar de 5º minuto (continua)

Variáveis		Razão de chance (IC 95%)					
		Univariado			Múltiplo		
Anomalias	Não	1,00			1,00		
	Sim	6,003	(5,361	–	4,461	(3,891	–
		6,721)			5,114)		
Escolaridade	12 anos ou mais	1,00			1,00		
	8 a 11 anos	1,183	(1,109	–	1,106	(1,021	–
		1,262)			1,199)		
	4 a 7 anos	1,359	(1,260	–	1,182	(1,073	–
		1,465)			1,302)		
	1 a 3 anos	1,480	(1,288	–	1,196	(0,991	–
		1,700)			1,442)		
	Nenhuma	1,535	(1,061	–	1,260	(0,790	–
		2,222)			2,011)		
Estado civil	Solteira	1,00			1,00		
	Casada	0,839	(0,799	–	0,945	(0,888	–
		0,881)			1,005)		
	Viuva	1,150	(0,776	–	1,046	(0,649	–
		1,703)			1,685)		

	Divorciada	0,838 0,987)	(0,711 –	0,830 1,009)	(0,683 –	–
	União Consensual	1,255 1,424)	(1,106 –	1,268 1,459)	(1,102 –	–
Filho Morto	Não	1,00		1,00		
	Sim	1,198 1,277)	(1,124 –	0,996 1,072)	(0,926 –	–
Gravidez	Única	1,00		1,00		
	Dupla	3,148 3,459)	(2,866 –	0,949 1,074)	(0,838 –	–
	Tripla e mais	9,488 13,337)	(6,749 –	1,147 1,733)	(0,759 –	–

Tabela 1 - Razões de chance e intervalos de 95% para fatores potencialmente associados aos valores baixos ou intermediários do score de Apgar de 5º minuto (continua)

Variáveis		Razão de chance (IC 95%)		
		Univariado		Múltiplo
Idade Mãe	Adulta Jovem	1,00		1,00
	Adulta	1,203	(1,130 –	1,146 (1,065 – 1,234)



		1,280)		
	Adolescente	1,283 1,359)	(1,212 – 1,081 (1,005 – 1,162)	
	Mãe Idosa	3,495 15,007)	(0,814 – 3,138 16,623)	(0,592 –
Município de residência	Bertioga	1,00		1,00
	Cubatão	0,944 1,086)	(0,821 – 0,901 (0,769 – 1,056)	
	Guarujá	1,191 1,348)	(1,052 – 0,828 (0,712 – 0,963)	
	Itanhaem	0,711 0,834)	(0,607 – 0,678 (0,568 – 0,809)	
	Mongagua	0,936 1,121)	(0,782 – 0,872 (0,714 – 1,066)	
	Peruibe	0,915 1,083)	(0,772 – 0,858 (0,711 – 1,035)	
	Praia Grande	0,957 1,087)	(0,843 – 0,939 (0,814 – 1,083)	
	Santos	0,904 1,025)	(0,798 – 0,961 (0,832 – 1,110)	
	São Vicente	1,231	(1,089 – 1,219	(1,061 – 1,401)

		1,392)		
Parto	Vaginal	1,00		1,00
	Cesárea	0,806 0,842)	(0,772 –	0,872 (0,825 – 0,921)
Peso	Peso Normal	1,00		1,00
	Baixo Peso	4,000 4,241)	(3,773 –	2,455 (2,265 – 2,661)
	Muito baixo Peso	23,873 26,222)	(21,734 –	7,166 (6,167 – 8,327)
	Extremo baixo peso	85,673 96,291)	(76,226 –	16,134 (13,200 – 19,720)

Tabela 1 - Razões de chance e intervalos de 95% para fatores potencialmente associados aos valores baixos ou intermediários do score de Apgar de 5º minuto (final)

Variáveis	Razão de chance (IC 95%)		
	Univariado	Multiplo	
Pré-Natal	Totalmente Adequado	1,00	1,00
	Parcialmente adequado	1,887 (1,793 –	1,083 (1,015 – 1,156)

		1,987)		
	Inadequado	2,784 3,010)	(2,575 – 1,115 (1,002 – 1,242)	
	Sem pré natal	3,794 4,224)	(3,408 – 1,541 (1,320 – 1,798)	
Raça	Branca	1,00		1,00
	Preta	1,179 1,331)	(1,044 – 0,988 (0,859 – 1,137)	
	Amarela	1,060 1,806)	(0,622 – 1,435 (0,827 – 2,488)	
	Parda	1,115 1,168)	(1,064 – 1,016 (0,962 – 1,073)	
	Indigena	0,804 1,809)	(0,358 – 0,310 (0,076 – 1,256)	
	Feminino	1,00		1,00
Sexo	Masculino	1,180 1,233)	(1,129 – 1,214 (1,152 – 1,278)	
Tempo de gestação	Termo	1,00		1,00
	Prematuro extremo	79,779	(70,194 – 7,357 (5,917 – 9,146)	

	90,674)		
Prematuro	21,078	(19,276 – 4,128	(3,557 – 4,791)
	230,47)		
Prematuro Tardio	3,695	(3,487 – 2,139	(1,977 – 2,315)
	3,915)		
Pós-Termo	1,060	(0,849 – 1,186	(0,943 – 1,492)
	1,323)		

---

## Discussão

Observando os dados obtidos da Baixada Santista conseguimos observar que existem uma serie de variáveis, principalmente as relacionadas a características socioeconômicas da mãe capazes de elevar o risco de a criança ter após o nascimento um valor de Apgar inadequado.

Quando observamos a tabela conseguimos identificar que: para a variável idade materna a razão de chance vai aumentando conforme ocorre um aumento na idade materna, quanto ao estado civil da mãe apenas a união consensual mostrou influencia sobre a score de Apgar da criança, quanto ao município de residência da mãe apenas São Vicente mostrou aumentar a chance da criança ter um valor baixo no score de Apgar. A realização de parto cesárea diminui a chance de ocorrência, mostrando-se um fator de proteção, em relação ao peso do recém-nascido há uma relação inversamente proporcional ao score de Apgar. Evidenciou-se que a realização do pré-natal adequado é um fator de proteção, enquanto o sexo masculino aumenta a chance de ocorrência de baixo valor de Apgar ao nascimento.

A premeturidade possui uma relação em que quanto mais prematuro o recém-nascido maior a chance de uma baixa pontuação no score de Apgar.

No banco de dados não há dados diretos sobre a condição socioeconômica da mãe impondo limitações na investigação desse estudo.

## Conclusão

Esse estudo mostra que fatores evitáveis como baixa escolaridade materna, infraestrutura do município de residência, acesso ao pré-natal, ligados a características socioeconômicas materna, podem afetar a vitalidade do feto na região metropolitana da baixada santista. Políticas publicas devem ser instituídas para banir ou, pelo menos, minimizar o efeito desses fatores evitáveis sobre os recém-nascidos.

## Bibliografia

1. NEWBORN AAOPCOFA, PRACTICE ACOOAGCOO. The Apgar Score. 2015.
2. Ehrenstein V. Association of Apgar scores with death and neurologic disability. Clin Epidemiol. 12009. p. 45-53.
3. Odd D, Lewis G, Gunnell D, Rasmussen F. Risk of low Apgar scores and socioeconomic status over a 30-year period. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014;27(6):603-7.

Palavras chave: Vitalidade Neonatal, Apgar, Baixada Santista

## **Câncer de pele não melanoma do couro cabeludo em idoso: relato de caso**

*Giovanna P. Pontes<sup>1</sup>, Nicole S. Mariano<sup>1</sup>, Debora Ferauche<sup>2</sup>, Paulo Eduardo Novaes<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup> Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos<sup>2</sup>*

*<sup>2</sup>Física-Médica do Hospital Vitória – Santos*

*<sup>3</sup> Médico Radioterapeuta do Hospital Vitória – Santos; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos*

*Instituição: Universidade Metropolitana de Santos*

*Email: nicole.saccini@gmail.com*

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas; Câncer de pele; Idosos; Radioterapia; Eletronterapia

Introdução: O câncer de pele constitui a neoplasia mais frequente no Brasil e divide-se em dois grupos: melanoma (CPM) e não melanoma (CPNM). Os CPNM tem maior predominância e são representados por dois tipos principais, carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC)<sup>1</sup>. O CBC é o tumor maligno da pele mais comum. Deriva de células da camada basal da epiderme ou células basalóides dos apêndices da pele e quase sempre encontrado nas áreas expostas ao sol. São tumores de crescimento lento, que raramente metastatizam, mas podem se tornar destrutivos e infiltrar os tecidos vizinhos<sup>2</sup>. O CEC é originado das células espinhosas da epiderme, demonstra grande capacidade de invasão local, rápido crescimento e potência para a formação de metástases. Apresenta-se clinicamente como uma placa ou pápula de crescimento firme, eritematosa e hiperkeratótica, principalmente em áreas corporais fotoexpostas como a cabeça e pescoço e as extremidades. O CEC é encontrado duas vezes mais em homens do que em mulheres<sup>3,4</sup>. A radiação ultravioleta solar é a principal causa dos cânceres de pele. Outros fatores de risco para o desenvolvimento da doença incluem pele

clara, cabelos e olhos claros, sensibilidade solar, tempo de exposição, presença de fotodano, predisposição genética, exposição à radiação ionizante, imunossupressão crônica e idade acima de 40 anos <sup>5</sup>. Quando diagnosticados precocemente apresentam grandes chances de cura. A escolha do tratamento ideal depende de fatores relacionados ao tumor (*tamanho, tipo histológico, localização*), ao paciente (*idade, condições físicas, presença de comorbidades*) e sociais (*acesso aos serviços de saúde, modalidades terapêuticas disponíveis*). As opções são várias e incluem a exérese cirúrgica com margem de segurança, a cirurgia micrográfica de Mohs, criocirurgia, curetagem seguida de eletrocoagulação, terapia fotodinâmica, imunomodulador tópico e interferons. O tratamento que traz os melhores resultados é o cirúrgico com taxas de recorrência menores que 2% e bons resultados cosméticos. A razão que faz da cirurgia a terapia preferencial é a capacidade de examinar histopatologicamente as amostras teciduais e determinar a adequação das margens de ressecção <sup>6</sup>. Entretanto, em pacientes idosos, com lesões no território da cabeça e pescoço, que demandam grandes ressecções para a obtenção de margens livres de tumor, métodos não cirúrgicos, como a radioterapia, podem ser utilizados, com resultados muitas vezes equivalentes <sup>7</sup>. Relatamos caso clínico de um paciente idoso com carcinoma espinocelular na região do couro cabeludo, tratado por radioterapia com intenção curativa destacando os aspectos técnicos envolvidos na terapêutica e o resultado clínico. Relato de caso: Homem, 92 anos, branco, natural de Portugal e residente em São Vicente. Refere o surgimento de lesão elevada no couro cabeludo da região parietal esquerda que o levou a consulta médica. Procedeu a ressecção cirúrgica e o exame anatomo-patológico revelou um carcinoma espinocelular, moderadamente diferenciado, com margens cirúrgicas livres. Três meses depois notou nova lesão no local da anteriormente operada, de crescimento rápido retornando à consulta médica. Ao exame físico observou-se uma lesão elevada, de aspecto vegetante, com 3 cm de altura e 5-6 cm de diâmetro, sangrante ao toque e outra menor à direita, ulcerada, com 1,2cm de diâmetro, além de disqueratose difusa do couro cabeludo. Não foi constatada a presença de linfonodos palpáveis no pescoço e a

tomografia computadorizada do crânio não revelou infiltração óssea. Optou-se por radioterapia com elétrons de alta energia (12 MeV) em uma área que englobou os 2/3 posteriores da calvária, de forma a incluir ambas lesões descritas e toda a superfície disqueratótica do couro cabeludo. Para a superficialização da dose foi utilizado um “bolus” confeccionado em cera dental, sendo prescrita dose total de 42Gy, em seis frações de 7Gy, ministradas duas vezes na semana, o que se mostrou adequado às condições clínicas e sociais do paciente. O paciente exibiu ótima tolerância ao curso de aplicações ambulatoriais exibindo sensível redução das lesões e intensa reação dos tecidos do couro cabeludo. Permaneceu em cuidados locais com uso de medicação tópica e atenção constante da família, em casa, com melhora progressiva das reações teciduais e resolução completa do quadro, três meses após a radioterapia. O resultado terapêutico obtido com excelente resultado cosmético e ausência de lesão visível. O paciente permanece em acompanhamento periódico trimestral em qualidade de vida compatível com a idade e perfeitamente integrado ao convívio familiar e social. Discussão: O CEC pode se manifestar como uma lesão restrita à epiderme (in situ) ou ultrapassar a membrana basal e invadir a derme e os tecidos profundos. No caso relatado o desenvolvimento das lesões está associado à exposição cumulativa aos raios ultravioletas, pele clara e a idade do paciente. A incidência aumenta após a quinta década de vida, ou seja, ser idoso é um agravante pelas deficiências do sistema imune e as consequências dos hábitos e a ação de fatores ambientais a que foram submetidos ao longo de toda vida<sup>3</sup>. Carcinomas do couro cabeludo são preferencialmente abordadas por cirurgia, porém os idosos nem sempre apresentam uma condição de saúde adequada para tolerar cirurgias extensas, e os métodos não cirúrgicos como forma de tratamento tornam-se preferenciais <sup>7</sup>. A radioterapia constitui excelente opção terapêutica para os carcinomas cutâneos com uma ampla gama de opções para a liberação de dose ideal ao tumor com proteção adequada dos tecidos vizinhos, incluindo raio -x superficial, fótons de megavoltagem, terapia de feixe de elétrons e braquiterapia. A proximidade dos ossos do crânio deve ser sempre considerada na seleção da melhor técnica. A



escolha por radioterapia com feixe de elétrons possibilitou a redução da dose liberada ao SNC pela propriedade desta terapia poupar mais os tecidos profundos situados em torno da área do tumor<sup>8</sup>. Para adequar a distribuição de dose e promover a preservação das estruturas adjacentes utilizaram-se blocos de proteção e homogeneizadores de dose (bolus de cera) personalizados para limitar a entrada do feixe e alcançar o máximo da dose no tumor<sup>9</sup>. Os diferentes esquemas de fracionamento da dose não afetam significativamente o controle local, mas podem influenciar nas taxas de toxicidade. Dessa forma, esquemas que utilizam maior dose por fração e menor número de frações vem sendo utilizados na radioterapia de neoplasias cutâneas de diferentes localizações corporais, com excelentes resultados clínicos e vantagens sociais, notadamente em idosos<sup>10</sup>.

#### REFERÊNCIAS:

- 1) Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Câncer de pele não melanoma. INCA, Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele\\_ao\\_melanoma](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_ao_melanoma)
- 2) Pirici I, Margaritescu O, Cernea D, Stoica LE, Șarla CG, Pirici D. Fronto-parietal extension of a basal cell carcinoma of the scalp-case report. Rom J Morphol Embryol. 2014; 55 (2): 675-81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25178343>
- 3) Azevedo PHF, Côrtes Júnior JCS, Garcia HJP, Souza MCA, Souza ERP, Côrtes PPR. Lesão neoplásica em couro cabeludo: relato de caso/Injury neoplasm in scalp: case report. Rev Med (São Paulo). 2017 out.-dez.;96(4):287-91. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/125383/136815>
- 4) Potenza C, Bernardini N, Balduzzi V, Losco L, Mambrin A, Marchesiello A, Tolino E, Zuber S, Skroza N, Proietti I. A Review of the Literature of Surgical and Nonsurgical Treatments of Invasive Squamous Cells Carcinoma. BioMed Res Int.

2018 Apr 2; 2018:9489163. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902082/>

5) Pereira S, Curado MP, Ribeiro AMQ. Neoplasias múltiplas de pele em indivíduos com menos de 40 anos em Goiânia, Brasil. Rev Saúde Pública. 2015;49-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005777.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005777.pdf)

6) Barucci FMP, Vetorasso GH, Cardoso CA, Priante AVM, Martins MR. Perfil e características anatomopatológicas em 100 pacientes com câncer de pele não melanoma. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2015, 44(3):124-129. Disponível em: <https://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Rev-SBCCP-44-3-artogo-02.pdf>

7) Zink BS. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2014;13 (1):76-83. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=480](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=480)

8) Safigholi H, Song WY, Meigooni AS. Optimum radiation source for radiation therapy of skin cancer. J Appl Clin Med Phys. 2015; 16(5): 219-227. Disponível em: <https://aapm.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1120/jacmp.v16i5.5407>

9) Spezzia S. O uso de bolus na radioterapia. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2016;18(4):183-6. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/23688/pdf>

10) Vuong W, Lin J, Wei RL. Palliative radiotherapy for skin malignancies. Ann Palliat Med. 2017 Apr; 6(2):165-172. Disponível em: <http://apm.amegroups.com/article/view/12904/14704>

## COMPARAÇÃO DE MÉTODOS PARA A DETECÇÃO DO VÍRUS HPV EM COLO UTERINO

*\*Isabela Piai<sup>1</sup>*

*Isabel Doria Rigueiro<sup>1</sup>*

*Giovanna Mathias Bertoldo Vieira<sup>1</sup>*

*Maria Fernanda Canton Zanatta<sup>1</sup>*

*Ângelo Sementill<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Acadêmicos da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), <sup>2</sup>Mestre e Professor Titular de Patologia da UNIMES. isa\_piai@hotmail.com*

### INTRODUÇÃO

O HPV pertence a uma família grande de vírus (Papilomaviridae), com 200 grupos diferentes que são divididos em dois grandes grupos, o de baixo e o de alto risco oncogênico. Na maioria das vezes, o vírus é eliminado em um período de aproximadamente 2 anos, sem deixar sequelas e sem manifestar qualquer sintoma. A duração da infecção é mais longa para o HPV de alto risco oncogênico. A persistência da infecção viral associa-se ao aumento do risco de aparecimento de lesões. Cerca de 1% da população infectada irá manifestar alguma lesão verrucosa e 4% terão alterações diagnosticadas à citologia.<sup>1</sup>

A infecção pelo Papilomavírus Humano é a infecção sexualmente transmissível mais comum no mundo e acomete principalmente mulheres jovens sexualmente

ativas, entre 18 e 28 anos. Estudos epidemiológicos estabelecem uma relação causal entre a infecção pelo HPV e o câncer cervical, considerado um problema de Saúde Pública mundial e no Brasil representa 24% do total de casos de câncer feminino.

O diagnóstico de infecção pelo vírus HPV pode ser sugerido por meio de testes citopatológicos, colposcópicos e histopatológicos. O exame citopatológico detecta as alterações celulares causadas pelo vírus, mas não é capaz de confirmar a presença do agente. No Brasil, o rastreamento do câncer cervical é realizado através do exame citopatológico, mas técnicas de detecção de DNA-HPV estão em estudo como possíveis métodos de rastreio, pois possuem maior sensibilidade quando comparado ao exame citológico<sup>2</sup>.

O teste molecular de captura híbrida para HPV é capaz de detectar o DNA de 18 tipos virais que infectam o trato anogenital (masculino e feminino), sendo esses divididos em grupos de baixo risco (A) e alto risco (B).<sup>3</sup>

Dependendo do teste, se for positivo, uma mulher pode precisar examinar o colo do útero ou receber uma cirurgia para ter a lesão pré-cancerosa removida.<sup>4</sup>

## FINALIDADE DO TRABALHO

Divulgação para a comunidade científica.

## MÉTODOLOGIA E OBJETIVO

Foram avaliados os prontuários de 27 mulheres, contendo exames que foram coletados e analisados em hospital privado na cidade de Santos. As Pacientes foram submetidas à três exames de rastreamento de câncer em colo uterino:

colpocitologia, captura híbrida e biópsia. O objetivo desse estudo é comparar os resultados entre os exames e observar qual desses métodos é mais eficiente na detecção do HPV no colo uterino em detrimento do custo de cada exame Trabalho aprovado pelo CEP da UNIMES. CAAE: 19897819.8.0000.5509

## RESULTADOS

	IDADE	COLPOCITOLOGIA	CAPTURA HÍBRIDA	BIÓPSIA
1	37	-	-	Não realizada
2	18	-	+B	Não realizada
3	30	-	-	CCMEE*
4	26	-	+A e B	CCMEE
5	49	-	+B	Não realizada
6	30	-	-	CCMEE
7	31	-	-	CCMEE

8	29	-	+B	CCMEE
9	27	-	+B	CCMEE
10	60	ASC-H	+B	NIC III
11	42	-	-	NIC I
12	25	-	+A	Não realizada
13	25	-	+B	Não realizada
14	33	-	+A e B	NIC III
15	25	-	+B	Não realizada
16	24	-	+A e B	NIC I
17	24	-	-	CCMEE
18	29	-	-	CCMEE
19	32	-	+B	NIC I

20	30	-	+B	Não realizada
21	40	-	-	CCMEE
22	26	ASC-US	+B	NIC I
23	36	ASC-US	-	CCI**
24	29	-	+A	NIC I
25	24	-	+B	NIC I
26	20	-	+A e B	CCMEE
27	28	AGUS	+B	CCMEE

Tabela 1: Análise das pacientes e exames realizados.

\* Cervicite crônica com metaplasia escamosa endocervical

\*\* Cervicite crônica inespecífica

## DISCUSSÃO

A implementação de novos métodos biomoleculares para o diagnóstico do câncer de colo uterino com o melhor custo-benefício têm sido objeto de estudo crescente em diversos países, uma vez que os altos gastos em saúde em detrimento da

escassez de recursos é um cenário universal. No câncer de colo uterino, o tempo médio entre o aparecimento de anormalidades detectáveis e o desenvolvimento de doença invasiva é de cerca de 10 a 15 anos. Entretanto, intervalos menores de tempo entre os exames de detecção são necessários, devido ao número de testes falso negativos, ou seja, as mulheres precisam ser rastreadas de um a três anos após um exame normal.

Testes de rastreamento mais sensíveis garantem que uma maior proporção de indivíduos com doença seja captada no rastreamento, podendo permitir um espaçamento dos intervalos entre os exames sem prejuízo da segurança.

Em geral, os estudos e revisões parecem apontar que, embora esses testes mostrem melhor acurácia diagnóstica, com sensibilidade igual ou maior que a do teste de citologia, as incertezas presentes nos modelos empregados ainda não permitem concluir por maior custo-efetividade dos testes de captura para HPV.<sup>5</sup>

Não há evidências científicas suficientes de que a captura híbrida possa ser um método alternativo ou substituto da citologia, além de seu custo ainda ser inacessível para a maior parte populacional neste País.<sup>6</sup>

A biópsia apontou que, somente 7,4% das pacientes estudadas apresentava câncer em colo uterino (NIC III). A captura híbrida, exame que estamos analisando, apresentou positividade em 66,7% das mulheres, ou seja, muitas pacientes obteriam diagnóstico erroneamente caso não fossem submetidas à biópsia. A colpocitologia foi negativa na grande maioria dos casos (tabela 1). Isso nos leva a crer que, a captura híbrida, mesmo apresentando alta sensibilidade no rastreamento do HPV, possui pouca especificidade para identificar a lesão cancerígena em si, pois evidencia a presença do DNA viral e não o tipo de lesão que foi causada, uma vez que, será positiva tanto numa lesão inflamatória quanto



em uma cancerígena e, devido ao seu alto custo, seria preterido e o exame inicialmente pedido continuaria ser a colpocitologia.

## CONCLUSÃO

O HPV é a infecção sexualmente transmissível mais comum no mundo e está intimamente ligada ao câncer de colo uterino. Seu rastreamento, no Brasil, é principalmente feito pelo exame citopatológico. Embora a captura híbrida consiga ser muito sensível na detecção do DNA desse vírus, não há evidências suficientes de que possa ser um método alternativo ou substituto da citologia, pois, além de sua especificidade incerta, seu custo ainda é inacessível para a maior parte da população.

## REFERÊNCIAS

1. Giraldo PC, Silva MJPM, Fedrizzi EN, Gonçalves AKS, Amaral RLG, Eleutério Júnior J, Figueiredo IV. Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. Available from: [http://www.hu.ufsc.br/projeto\\_hpv/PREVENCAO%20DA%20INFECCAO%20POR%20HPV%20E%20LESOES%20ASSOCIADAS.pdf](http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/PREVENCAO%20DA%20INFECCAO%20POR%20HPV%20E%20LESOES%20ASSOCIADAS.pdf)
2. Machado AR, Réus BS, Madeira K, Simões PWTA, Ronchi DI. Achados citológicos em pacientes com captura híbrida positiva para papilomavírus humano em um laboratório de patologia de criciúma. Arq. Catarin Med. 2017 out-dez; 46(4):62-71
3. Tulio S, Pereira LA., Neves FB., Pinto AP. Relação entre a carga viral de HPV oncogênico determinada pelo método de captura híbrida e o diagnóstico citológico de lesões de alto grau. J. Bras. Patol. Med. Lab. [Internet]. 2007 Feb [cited 2019 Aug 20]; 43(1):31-35. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-24442007000100007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442007000100007&lng=en).

4. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PPL, Mustafa RA, Schünemann H, Paraskevidis E, Arbyn M. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD008587. DOI: 10.1002/14651858.CD008587.pub2.
5. Caetano R, Vianna CMM, Thuler LCS, Girianelli VR. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. 2006. [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312006000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312006000100007&script=sci_arttext&tlng=en)
6. Santos ALF. Teste de DNA-HPV por captura híbrida II e colpocitologia oncológica no diagnóstico e seguimento de mulheres com lesões de baixo grau no colo uterino. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

#### PALAVRAS CHAVE

Colo Uterino, HPV, Captura Híbrida

## DERMATITE VESICANTE POR BESOURO – RELATO DE CASO

*Dra. Darlene Polito*

*Ana Luiza Pereira Rodrigues*

*Samir Husni Hammoud*

Palavras chave: Dermatite. Toxina Pederina. Besouro.

### Introdução

Os besouros podem agredir o homem quando ameaçados ou pressionados contra a pele. Sendo assim, os besouros vesicantes são os que mais assustam o homem e seus acidentes são conhecidos como coleopterismo. O besouro estafilinídeo *Paederus sp* conhecido como: besouro potó, trepa-moleque, péla-égua, fogo-selvagem, é encontrado em diversas regiões tropicais e temperadas. Na América do sul, há em torno de 50 espécies desse gênero e mais de 600 em todo mundo. Cinco espécies de *Paederus* são associadas a acidentes humanos no Brasil: *Paederus amazonicus*, *Paederus brasiliensis*, *Paederus columbinus*, *Paederus fuscipes* e *Paederus goeldi*, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste.<sup>1</sup>

Os insetos costumam ser atraídos para fontes de luz artificiais em períodos chuvosos entrando em contato com humano podendo ocasionar acidente - dermatite linear devido à secreção da toxina causticante e vesicante chamada Pederina- amida cristalina, potente inibidor da síntese de proteínas, cáustico-vesicante, presente na hemolinfa do *Paederus sp*.<sup>2</sup>

A Pederina é produzida por bactérias simbióticas do gênero *Pseudomonas* nas fêmeas do inseto.<sup>3</sup> Normalmente, a toxina em contato com a pele causa prurido, hiperemia e dor local, podendo ainda ocorrer febre, artralgia, e vômitos que podem ser tratadas ambulatorialmente sem deixar sequelas.

## Objetivo

Este trabalho busca apresentar aspectos epidemiológicos, clínicos e o tratamento para essa dermatite, alertando os serviços públicos e privados quanto ao diagnóstico precoce e prevenção de novos surtos.

## Relato de Caso – Metodologia

SHH, 22 anos, masculino, natural de Santos – SÃO PAULO, procedente de Guarujá - SÃO PAULO, estudante de medicina que estava fazendo trabalho social em Manacapuru – Região Metropolitana de Manaus - AMAZONAS. Na viagem, o estudante se instalou no alojamento do barco hospital que navegava na floresta tropical amazônica pelo rio Amazonas. O paciente refere que no período noturno, enquanto dormia, sentiu um desconforto na região cervical tentando matar o inseto que havia causado este desconforto, mas voltou a dormir normalmente. Ao amanhecer, 6 horas após o ocorrido, apresentou uma lesão na região cervical póstero-lateral direita, caracterizada por placa eritemato-acastanhada urticada única de aproximadamente 4cm de diâmetro encimada por vesículas agrupadas. O paciente apresentava ardor e queimação local moderada evoluindo com prurido, escoriações e rotura das vesículas. A conduta se deu pelo uso tópico de Hidrocortisona durante os dois primeiros dias de tratamento, com orientação de manter o local limpo, fotoprotegido e hidratado. A partir do segundo dia, passou-se a usar Dersani com Alginato, para auxiliar na cicatrização. A lesão regrediu totalmente após um mês. O trabalho foi baseado em relatos de caso de outros pacientes que foram passivos da picada do coleóptero, além do acesso ao prontuário médico e imagens do paciente.

## Resultado

O quadro clínico é compatível ao diagnóstico de picada pelo besouro *Paederus sp*, o famoso potó, pois o contato com o inseto pode provocar a dermatite vesicante pela Pederina, cujas lesões restringem-se às áreas de contato podendo acometer indivíduos de diferentes idades, raças e condições sociais.

Pelo paciente estar localizado em uma região sem assistência médica hospitalar para realização de exames laboratoriais ou anatomopatológico, imagens foram tiradas para a melhor caracterização da lesão.



Figura 1. Adulto do gênero *Paederus* coletado *sp*, coletado na cidade de Viçosa, Minas Gerais – Brasil.



Figura 2. Evolução da cicatrização da lesão após administração de Hidrocortisona e Dersani.

#### Discussão – Desenvolvimento

A literatura declara que alguns pacientes não conseguem precisar com exatidão o momento do contato, mas alguns associam a observação dos sinais e sintomas pela manhã, após permanência sob luz fluorescente por longos períodos e manutenção de terrenos baldios próximos o que reforça a correlação com os hábitos noturnos do coleóptero *Paederus sp.*<sup>4</sup>

Sendo o tratamento mais adequado a lavagem das áreas atingidas com abundante água corrente e sabão, utilizar banhos antissépticos com permanganato ( $\text{KMnO}_4$  1:40.000) e antimicrobianos como creme de Neomicina. Além disso poderia ser utilizado a tintura de iodo para inativar a Pederina somente se empregada imediatamente após o acidente.<sup>5</sup>

#### Conclusão

Em função da semelhança entre a irritação de pele causada pelo besouro e as manifestações cutâneas apresentadas neste caso, atribui-se a possibilidade deste agente como responsável pelo quadro clínico descrito. Além dos aspectos clínico-morfológicos, a história clínica-epidemiológica também corrobora a suspeita diagnóstica. Podendo ainda ser ressaltado, a ocorrência frequente na região Amazônica do coleóptero sendo reconhecido facilmente pela população local.

#### Bibliografia

1. Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001.
2. Cardoso JLC, Haddad Jr V. Acidentes por Coleópteros Vesicantes. In: Cardoso JLC, França FOS, Wen FH, Málaque CMS, Haddad Jr V. Animais peçonhentos no Brasil. São Paulo: Sarvier; 2003. p.258-264.
3. Qadir SNR, Raza N, Rahman SB. Paederus dermatitis in Sierra Leone. Dermatology Online Journal [Internet]. 2006 [acessado em 09 de ago 2019];12(7):9. Disponível em: [http://dermatology.cdlib.org/127/case\\_reports/paederus/qadir.html](http://dermatology.cdlib.org/127/case_reports/paederus/qadir.html)
4. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2012, Out.-Dez.; 7(25):255-8.
5. Amado RC, Rabelo JV, Braga PMF, Chumbinho SA. Identificação de surto de dermatite causada por besouro potó (*Paederus brasiliensis*) em Betim, Minas Gerais, 2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2010; 19(4):403-405.

## **FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA, UMA COMPLICAÇÃO APÓS INGESTÃO ACIDENTAL DE BATERIA POR CRIANÇA DE 1 ANO DE IDADE: RELATO DE CASO.**

*Fabiana Cortez Larguesa<sup>1</sup>, Guilherme Arruda Fernandes<sup>1</sup>, Michael Denner Nunes Lino<sup>1</sup>, Thainá Louise Rodrigues<sup>1</sup>, Lívia Carvalho Montanino<sup>2</sup>, Nara Barbosa de Almeida<sup>2</sup>, Geraldo Magela Nogueira Marques<sup>3</sup>. cortez.larguesa@gmail.com*

*1-Acadêmicos de Medicina; 2-Residente no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Santos; 3-professor Preceptor da Liga Acadêmica de Cirurgia e Terapia Intensiva Pediátrica da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).*

**PALAVRAS CHAVES:** Corpos Estranhos, Ingestão, Fístula Traqueoesofágica.

### **INTRODUÇÃO**

O uso de baterias de botão em brinquedos e dispositivos eletrônicos em geral não possui uma regulamentação segura que inclua compartimento adequado e resistente a crianças. A ingestão acidental pode causar lesões significativas e permanentes.<sup>1</sup> No Brasil, já foram identificados casos de ingestão acidental. O Inmetro e a ONG Criança Segura lançaram em 2014 uma campanha de conscientização nacional, com o intuito de alertar pais, responsáveis, classe médica e institutos de ensino infantil sobre esse perigo.<sup>2</sup> Uma revisão publicada recentemente evidenciou um aumento na morbidade associada a ingestão de baterias de botão em crianças mostrando que até 9,8% das baterias ingeridas ficam alojadas no esôfago, o local das prováveis complicações, destacando as lesões de estenoses esofágicas, perfurações, fístulas traqueoesofágicas, mediastinite e fístulas aortoesofágicas.<sup>3</sup>

### **OBJETIVO**



Relato de caso de uma criança com diagnóstico de ingestão acidental de bateria apresentando como complicação o desenvolvimento de fístula traqueoesofágica.

## METODOLOGIA

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a responsável legal do paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos pelos quais o paciente foi submetido durante o período de internação e revisão da literatura.

## RELATO DO CASO

BSF, masculino, 1 ano, natural e procedente de Guarujá, São Paulo, deu entrada na Santa Casa de Misericórdia de Santos com histórico de sialorreia importante, disfagia e episódios de cianose e engasgo há 5 dias com piora há 2 dias. Genitora referiu que o mesmo brincava no momento em que se observou o início dos sintomas. Realizado exame físico detalhado, sem evidência de enfisema de subcutâneo ou outros sinais de alarme, foi mantido a suspeita de ingestão de corpo estranho e realizado exames de imagem - RX de Tórax com evidência de corpo estranho, bateria, em topografia cervical (Imagem 1). Foi então solicitado endoscopia digestiva alta (Imagem 2 e 3) com evidência de lesão esofágica de 5 mm em terço proximal do esôfago. Optou-se por passagem de sonda nasoenteral (SNE) para alimentação e repouso esofágico na tentativa de cicatrização da lesão. Porém, ao se tratar de criança pouco colaborativa e familiares com limitações de entendimento da gravidade do quadro, houve perda da sonda nasoenteral, sendo submetida a novas endoscopias. Decorrente ao quadro foi acionado serviço de cirurgia pediátrica para programação de correção cirúrgica. Paciente no vigésimo dia de internação, tendo sido submetido a um total de 11 endoscopias para passagem de SNE, realizou gastrostomia endoscópica para alimentação e broncoscopia com evidência de lesão traqueal de 1 cm, configurando fístula traqueoesofágica traumática. Recebeu alta, mas permanece em acompanhamento ambulatorial com programação de correção cirúrgica definitiva.

## DISCUSÃO

Determinados corpos estranhos são de fácil acesso para crianças especialmente menores de três anos pois nessa fase do desenvolvimento buscam conhecer e explorar o ambiente de variadas formas. Na fase oral, os objetos são levados à boca com maior frequência.<sup>4</sup> A ocorrência da ingestão acidental de corpo estranho por bateria de botão maiores ( $\geq 20$  mm), independentemente da localização, já configuram uma emergência médica devido a maior probabilidade e gravidade da lesão.<sup>3</sup> A fisiopatologia em relação ao dano tecidual está associada com a geração de uma corrente elétrica quando a bateria de lítio ou alcalina entra em contato com a mucosa do esôfago, as queimaduras cáusticas desenvolvem-se após um acúmulo de íons hidróxido levando a necrose tecidual severa.<sup>5</sup> Com base no descrito, enfatiza-se o diagnóstico precoce e a remoção imediata da bateria de botão, com o intuito de reduzir possíveis complicações como a fístula traqueoesofágica. Aproximadamente 11% de todos os casos requerem internação, nos Estados Unidos foram identificadas 13 mortes, entre 1997 e 2009, as vítimas tinham idades entre 11 meses e 3 anos; o índice de letalidade é considerado alto, cerca de 50% das crianças vítimas desse tipo de ingestão acidental morrem em função da demora no diagnóstico e da gravidade das lesões.<sup>4</sup> No Brasil, com exceção do primeiro ano de vida, os acidentes na infância configuram a principal causa de morte.<sup>4</sup> O fato de os acidentes por corpo estranho acontecerem, em grande parte, no ambiente doméstico, sugere a modificação do mesmo como forma efetiva de prevenção, além da supervisão direta sobre a criança.<sup>6</sup>

## REFERÊNCIAS

- 1) Chessman R, Verkerk M, Hewitt R, et al. Delayed presentation of button battery ingestion: a devastating complication *Case Reports*. 2017;2017:bcr-2017-219331.

- 2) Ingestão acidental de "baterias botão" pode levar à morte. publicado por EBC às 11:55 de 23/06/2014, modificado às 11:55 de 23/06/2014.
- 3) Pugmire BS, Lin TK, Pentiuik S, et al. Imaging button battery ingestions and insertions in children: a 15-year single-center review. *Pediatr Radiol* 2017;47.
- 4) Silva JP, Carneiro MG, Dodt RCM, et al. Ingestão e Aspiração de Corpo Estranho por Crianças Menores de 11 Anos. *RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.*, 2015; 7(3): 1621-1627.
- 5) Tanaka J, Yamashita M, Yamashita M, et al. Esophageal electrochemical burns due to button type lithium batteries in dogs. *Vet Hum Toxicol* 1998;40:193–6.
- 6) MANUAL DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Agosto/2015. Acesso: 09/08/2019. Disponível em: [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)



Imagem 1: Raio-X de tórax com evidências de corpo estranho, bateria, em topografia



Imagem 2 e 3: Evidência de lesão esofágica de 5 mm em terço proximal do esófago.

## PROVA PERICIAL EM CASO DE ESTUPRO

*Revisão bibliográfica referente à Liga  
Acadêmica de Medicina Legal.*

*Autores:*

*Thays Jaculi da Rocha*

*Endereço eletrônico: [thaysjaculi@hotmail.com](mailto:thaysjaculi@hotmail.com)*

*Carolina Narita*

*Guilherme Paulino Vilas Boas*

*Tainá Almeida de Marco*

*Vitória Barros Mesquita*

*Sofia Fernandez Cabrera Rangel*

*Carol de Carvalho Costa*

*Affou Madi*

---

*Orientador:*

*Dra. Neusa Bittar*

*Endereço eletrônico: [neusabittar@hotmail.com](mailto:neusabittar@hotmail.com)*

**Objetivo**

O objetivo deste artigo consiste em abordar a importância da prova pericial nos casos de estupro e expor o que é considerado prova pericial, como são colhidos e como desenvolve a linha de raciocínio com o auxílio das provas periciais para a comprovação do delito.

Palavras – chave: Estupro, Exame de corpo de delito, Prova pericial, Violência sexual.

### Metodologia

Para essa revisão bibliográfica foi utilizada busca manual por meio de livro e por artigos eletrônicos. Foram selecionados artigos entre 2010 e 2018, incluídos somente artigos escritos em inglês e em que era descrito como é realizado o exame de corpo de delito apenas em casos de abuso sexual em vítimas de qualquer faixa etária.

### Introdução

A violência sexual é um problema de saúde pública que gera consequências gravíssimas no âmbito social e individual. Durante o ano de 2018, de acordo com a Secretária da Segurança Pública do Estado de São Paulo, foram registrados 11.949 boletins de ocorrência, o equivalente a 32 casos de estupro por dia<sup>1</sup>. No ano de 2019, até o mês de agosto, foram registrados 5.960 casos de estupro<sup>1</sup>.

No Artigo 213 do Código Penal Brasileiro, estupro é “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”<sup>2</sup>. Portanto, mesmo que não haja conjunção carnal, é considerado estupro.

No Código Penal de 1940, apenas era declarado estupro quando o homem praticava o crime e somente a mulher era vítima<sup>3</sup>. Com a mudança efetuada pela Lei nº 12.015/09, ambos os sexos podem praticar ou sofrer o ato<sup>2</sup>.

Para a comprovação do abuso sexual e identificação do autor do crime é obrigatória a realização do exame de corpo de delito, como consta no Artigo 158 do Código de Processo Penal “quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado”<sup>4</sup>.

## Discussão

O objetivo do exame forense é coletar os materiais necessários para documentar o suposto abuso físico e sexual. Assim, o examinador forense deve ser objetivo e possuir posse de técnicas especializadas e habilidades científicas. O exame deve ocorrer em local adequado com acesso à equipamentos e assistência necessária<sup>5</sup>.

O comportamento geral e a aparência da vítima também são analisados no exame forense. A inspeção é feita dos pés à cabeça e é realizado seguindo um protocolo. O método consiste em começar com a cabeça, incluindo o orifício oral, pálpebras e o pescoço. Posteriormente são analisados o peito e o tronco, seguido pelas extremidades<sup>5</sup>.

Após esse processo, é solicitado que a vítima fique em decúbito dorsal, com joelhos esticados e pernas afastadas para que seja feita a inspeção da parte externa genital e períneo. As amostras da vagina e do colo do útero são coletadas enquanto o espéculo é inserido. O exame anal é feito em posição supina ou na posição lateral, se é analisado sinais de lesão profunda, a anoscopia deve ser realizada<sup>5</sup>.

Na inspeção genital o hímen é analisado, sua borda livre pode ser regular, irregular ou picotada, que se assemelharia aos entalhes, rupturas incompletas, devendo o legista fazer tal diferenciação. As rupturas, em grande maioria, são completas, atingindo a base do hímen e suas bordas se encaixam, além da coloração esbranquiçada devido ao processo de cicatrização após o rompimento<sup>6</sup>.

O diagnóstico definitivo da conjunção carnal pode ser dado pela ruptura recente do hímen, no caso de mulher virgem, acompanhada de características como sangramento evidente nos três primeiros dias, secreções nas regiões de ruptura, equimoses locais que podem permanecer por até seis dias<sup>6</sup>.

Outros fatores que podem comprovar tal conjunção carnal são a presença de espermatozoides na vagina, presença de fosfatase ácida em alta concentração,

que costuma ocorrer em casos de azoospermia e a presença da proteína P30, que é própria do esperma<sup>6</sup>.

A comprovação do DNA por meio do sêmen exige muitos testes específicos. Como o sêmen é composto de células haploides, contém apenas metade do complemento de DNA das células diploides, assim quanto menor o número de células amostradas, menor a probabilidade de haver uma representação completa. Com a técnica de criação de perfil com baixo número de cópias, é possível a produção de perfis de DNA repetidos a partir de um pequeno número de células<sup>7</sup>.

Uma análise retrospectiva a respeito dos exames realizados no Instituto de Medicina Legal, Escola de Medicina de Hanover, entre 2005 e 2007 relatou que 38% dos casos, o esperma pode ser detectado em amostras vaginais por até 3 dias depois do estupro. Em amostras anais, o esperma pode ser detectado em sete dos 37 casos até 24 horas após a agressão<sup>8</sup>.

Com relação a inspeção da região anal, é possível analisar durante o exame que as pregas da pele perianal estão edemaciadas, possuem equimoses e hematomas anais e perianais. As lesões recentes na maioria dos casos são fendas lineares radiadas superficiais (ragádias) e sangrantes. Já as lesões mais antigas possuem formato triangular no sentido radiado e são mais profundas, além de possuir coloração esbranquiçada devido a cicatrização<sup>6</sup>.

Na criança o esfíncter anal possui grande elasticidade, permitindo com que este relaxe ao menor estímulo durante o exame, ou seja, essa elasticidade natural ajuda a minimizar as lesões pós abuso sexual com penetração anal. Portanto, as lesões devem ser analisadas juntamente com grau de abertura anal, principalmente em crianças<sup>6</sup>.

Apenas a existência de hiperemia no ânus, no exame físico, não possui um significado concreto, já que a criança pode ter hábitos ruins de higiene, alergias e, também devido à ausência de hormônios sexuais, o local tem com menor proteção comparado aos adultos<sup>6</sup>.



Devido a esses fatos, a taxa de confirmação de abuso sexual em crianças menores de 10 anos, com base em evidências materiais durante o exame médico forense, é baixa comparado a pré-adolescentes. Estudos realizados por institutos forenses mostram que a violência sexual infantil não pode ser confirmada em 90% dos exames de corpo de delito<sup>9</sup>.

## Resultado

Foram encontrados poucos artigos em português sobre a descrição detalhada de como é realizado o exame de corpo de delito em casos de agressão sexual, sendo encontrado no livro Medicina Legal e Noções de Criminalística escrito por Neusa Bittar, mostrando a ausência de pesquisa, estudo e discussão a respeito do assunto no país.

A quantidade de artigos em inglês sobre o assunto foi bem superior comparada aos em português. Contudo, a explicação detalhada de como é feito exame pericial em vítimas de estupro foi limitada.

## Conclusão

O exame de corpo de delito em casos de agressão sexual é extremamente importante para auxiliar na comprovação do crime, contudo, no caso de vítimas menores de 10 anos o exame é mais difícil de comprovar o abuso.

É ideal que o exame pericial seja realizado em até 72 horas após a violência sexual para que caso tenha esperma, esse possa ser coletado. Em casos de ausência de espermatozoides, deve-se pesquisar a presença de fosfatase ácida e proteína P30.

## Referências

1. Secretária de Segurança Pública do Estado de São. Dados estatísticos do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.ssp.sp.gov.br/Estatistica/Mapas.aspx>
2. Brasil. Decreto nº. 2.848, 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)

3. Brasil. Lei nº. 12.015, 7 de agosto de 2009. Código Penal Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm#art2](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm#art2)
4. Brasil. Decreto nº. 3.689, 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3689.htm)
5. Igmann-Hansen O, Charles AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693412001368?via%3Dihub>
6. Bittar N. Medicina Legal e Noções de Criminalística. 7ª edição. Salvador: Editora JusPodivm, 2018. p. 307-311.
7. Newton M. The forensic aspects of sexual violence. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693412001447?via%3Dihub>
8. Janisch S, Meyer H, Germerott T, Vito Albrecht U, Schulz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00414-010-0430-z>
9. Silva WS, Ribeiro FM, Guimarães GK, Santos MS, Almeida VPS, Barroso Junior UO. Factores associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0599.pdf>

## **Síndrome de Lynch - Relato de caso**

*Beatriz Moraes Grossi*<sup>1</sup>

*Isabela Rivoli Portugal*<sup>1</sup>

*José da Silva Junior*<sup>1</sup>

*Luana Nicola de Araujo*<sup>1</sup>

*Manuelle Mastrococco Brand Rosa*<sup>1</sup>

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

1. *Estudante de Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil*

2. *Mestre e Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil*

*Email para contato: beatrizmgrossi@gmail.com*

Palavras chave: Síndrome de Lynch - Câncer Colorretal Hereditário sem polipose - Colectomia

### **Introdução**

A síndrome de Lynch ou HNPPC (Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose), é uma condição genética autossômica dominante de penetrância incompleta. A síndrome caracteriza-se pela predisposição para um espectro de cânceres, principalmente câncer colorretal (CCR) e câncer endometrial (CE).<sup>1</sup> No Brasil, o CCR é a quinta neoplasia maligna mais diagnosticada e a quarta causa de morte por câncer.<sup>2</sup> Somente 20% dos CCR estão relacionados a condições hereditárias, enquanto os outros 80% ocorrem de forma esporádica. Dentre as causas hereditárias associadas a CCR, ocorrem a polipose adenomatosa familiar (PAF) e o HNPCC, também denominado síndrome de Lynch (SL) .<sup>(1,2)</sup>

A HNPCC pode ser classificada de duas formas, sendo a I quando ocorre o envolvimento colônico isolado, e o subtipo II quando ocorre CCR associado a outras neoplasias, como de endométrio, ovário, mama, estômago, intestino delgado, hepatobiliar, pâncreas, ureter e de pelve renal. As neoplasias tendem a ocorrer preferencialmente no cólon direito, mais precocemente (por volta de 45 anos de idade) e possuem taxa aumentada de tumores metacrônicos e sincrônicos. (1,2)

O diagnóstico precoce é crítico devido à carcinogênese acelerada e ao risco de múltiplas neoplasias malignas. Os testes tumorais como imunohistoquímica com MMR e PCR para MSI (instabilidade de microssatélite), podem ser utilizados para caracterizar o fenótipo do paciente de SL. <sup>3</sup>

O CCR com SL geralmente é tratado com colectomia segmentar ou colectomia total com anastomose ileorretal. A escolha do procedimento cirúrgico para esses pacientes é controversa devido à falta de estudos avaliando os benefícios de sobrevivência, e a qualidade de vida é reduzida devido ao aumento na frequência e na liquidez das evacuações. O risco de CCR metacrônico após a colectomia segmentar varia entre 11 e 45% nos períodos de 8 a 15 anos. (4,5,6)

Dessa forma, a colectomia total deve ser oferecida apenas em circunstâncias como, casos de câncer de início precoce ou episódios repetidos de desenvolvimento de câncer, pacientes nos quais é difícil realizar colonoscopia ou aqueles com baixa adesão aos exames de vigilância ou que optam por se submeter a colectomia ao invés de acompanhamento. (9)

## Objetivo

Relatar um caso de paciente com anemia importante e sintomática por duração de 5 meses, alteração do hábito intestinal, que foi submetido a cirurgia de colectomia total com anastomose primária e sem ileostomia por laparotomia.

## Relato de caso

A.M.R, masculino, 69 anos, refere anemia importante e sintomática há 5 meses, com necessidade de suplementação e melhora dos níveis hematemétricos, tendo realizado diversos exames subsidiários sem encontrar a causa aparente para tal fato, apesar de suspeita de anemia por sangramento crônico. Na história clínica, paciente refere alteração do hábito intestinal, com fezes amolecidas sem muco ou sangue e às vezes cólicas com alternância do hábito intestinal. Emagrecimento de 10Kg nesse período e inapetência.

Antecedentes pessoais : colectomia direita por adenocarcinoma de ceco há 23 anos, mapeamento genético com resultado positivo para SL; mucosectomia colonoscópica por pólipos com adenocarcinoma superficial há 2 anos.

Antecedentes familiares refere: mãe com CCR, falecida por doença metastática e 2 irmãos operados por CCR, também portadores de SL.

Ao exame físico do abdome apresenta cicatriz mediana supra e infraumbilical sem alterações e uma tumoração fixa, irregular, dolorosa, de 5cm de diâmetro, palpável no FD.

Em 10/2018 foram realizadas endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia. Na EDA: gastrite enantematosa antral discreta. Na colonoscopia: divertículos no colo esquerdo e sigmóide e progressão mais difícil do aparelho a partir desse nível pela quantidade de divertículos nesse segmento e aderências extra-colônicas.

Diante da suspeita de neoplasia de cólon recidivada, realizou uma Tomografia Axial de Abdome e Pelve (TAC) com contraste, que revelou múltiplos cistos hepáticos simples e espessamento da parede do cólon próxima à anastomose íleo-cólica com borramento do mesocólon, suspeitando-se de processo infiltrativo nesse local.

O paciente foi encaminhado para avaliação cirúrgica, com a suspeita de neoplasia maligna de colo transversal, para tratamento operatório.

O trânsito intestinal demonstrou: imagem de massa bocelada de contornos arredondados no interior de alça ileal justa-anastomótica e invadindo parcialmente o colo transversal pela anastomose látero-lateral.

Optou-se por colectomia total com anastomose primária, sem ileostomia por laparotomia, que foi realizada em 21/02/2019, sem intercorrências. O exame anátomo-patológico revelou adenocarcinoma bem diferenciado do colo transversal, estágio IIb e não indicado tratamento adjuvante. Atualmente encontra-se assintomático e em seguimento ambulatorial.

## Discussão

A identificação da mutação que causa manifestações clínicas da SL é crucial, dado o início relativamente precoce da doença, a alta penetrância das mutações e a eficiência comprovada das estratégias de vigilância. Além disso, os estudos realizados ao longo dos anos sobre os mecanismos moleculares subjacentes ao aparecimento do CCR relacionado a SL nos permitiram fazer avanços significativos também no tratamento terapêutico desses tumores. Recentemente, agentes inibidores do ponto de verificação imune também foram desenvolvidos como drogas antitumorais e parecem promissores, especialmente em pacientes com CCR esporádicos com MSI.<sup>10</sup>

## Referências bibliográficas

- 1- Carethers JM, Stoffel EM. Síndrome de Lynch e síndrome de Lynch mimetiza: crescente paisagem complexa de câncer de cólon hereditário. *Mundo J Gastroenterol.* 2015;21(31):9253-61.
- 2 - Valadão M, Graziosi G, Carneiro M, Leal A, Rosa A, et al. A importância da suspeição clínica no diagnóstico e tratamento do câncer colorretal hereditário. *Rev bras. colo-proctol.* 2008. 28(4):454-461.

- 3- Pellat A, Netter J, Perkins G, Cohen R, Coulet F, Parc Y, Svrcek M, Duval A, André T. [Lynch syndrome: What is new?]. *Bull Cancer*. 2019 Jul - Aug;106(7-8):647-655.
4. Haanstra JF, de Vos Tot WH, Gopie JP, Vecht J, Vanhoutvin SA, Cats A, et al. Quality of life after surgery for colon cancer in patients with Lynch syndrome: partial versus subtotal colectomy. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:653–9.
5. Kalady MF. Surgical management of hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Adv Surg*. 2011;45:265–74.
6. Stupart DA, Goldberg PA, Baigrie RJ, Algar U, Ramesar R. Surgery for colonic cancer in HNPCC: total vs segmental colectomy. *Color Dis*. 2011;13:1395–9.
7. Maeda T, Cannom RR, Beart Jr RW, Etzioni DA. Decision model of segmental compared with total abdominal colectomy for colon cancer in hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28:1175–80.
8. Natarajan N, Watson P, Silva-Lopez E, Lynch HT. Comparison of extended colectomy and limited resection in patients with Lynch syndrome. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:77–82.
9. Kochi M., Shimomura M., Hinoi T. et al. Total colectomy for multiple metachronous colon cancers in a patient with Lynch syndrome. *Surgical Case Reports* 2015;1:78
10. Duraturo F., Liccardo R., Rosa M. Genetics, diagnosis and treatment of Lynch syndrome. *Oncology Letters* 2019;17:3048-3054.

## **Carcinoma de células escamosas em paciente com líquen plano**

*Nome dos autores : Daniela Rachel de Oliveira Brunelli 1, Carolina Narita*

*1 ,Thays Jaculi da Rocha 1 ,Letícia Alecrim de Souza 2, Amanda Almeida Leite 3, José Narciso Rosa Assunção Júnior 4, Victor Perez Teixeira 5 .*

*1. Acadêmicas da graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES (Santos – SP);*

*2. Acadêmicas da graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES (Santos – SP 3.*

*3. Doutoranda do Programa de Estomatopatologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP (Piracicaba – SP)*

*4. Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES (Santos – SP).*

*5. Professor da Faculdade de Odontologia e Medicina da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES (Santos – SP).*

*Instituição de ensino: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)-Santos-SP*

*E-mail: danibru10@hotmail.com , carol\_narita@hotmail.com , thaysjaculi@hotmail.com , souzalee@yahoo.com , odontoamanda@yahoo.com.br narciso@alumni.usp.br , teixeira.victorp@gmail.com .*

**Introdução :** Descrito em 1869 por Erasmus Wilson, o líquen plano é uma inflamação aguda ou crônica idiopática, que pode ser manifestada na pele, mucosa oral, unhas e fâneros (estruturas visíveis da pele), em pacientes da terceira à sexta década de vida, porém apenas acomete de 0,9 a 1,2% da população adulta. A prevalência do líquen plano oral é ligeiramente mais elevada, oscilando entre 0,5% e 3%, e ocorrendo em 70-77% dos pacientes com envolvimento cutâneo<sup>1,2</sup>.



Sua etiologia é incerta. Alguns fatores têm sido descritos na literatura como possíveis predisponentes à sua patogênese. Tais como, genética, fatores psicológicos, trauma, hepatite C, disfunção tireoidiana, doença enxerto versus hospedeiro etc<sup>2,3</sup>.

A doença pode ser assintomática, ou manifestar-se, quando na pele, como lesões papulares, planas, placas arroxeadas, poligonais ou ovaladas, pruríticas, bem delimitadas, de aproximadamente 1 a 10 mm de diâmetro com distribuição bilateral e com estrias de Wickham (linhas brancas-acinzentada na superfície da lesão de forma reticular)<sup>1</sup>. As lesões podem acometer qualquer área do tegumento, mas possuem predileção por regiões como os punhos, antebraços, cristas tibiais, região lombar e mucosa oral<sup>3</sup>.

O diagnóstico de líquen plano é feito, na maioria das vezes, por exame clínico e histopatológico. À microscopia, as lesões caracterizam-se por infiltrado linfocítico com disposição em banda na derme superficial e degenerescência vacuolar da camada basal do epitélio com formação de corpos colóides, acompanhada por incontinência pigmentar por destruição dos melanócitos<sup>2</sup>.

Seu tratamento depende da extensão das lesões, bem como possível sintomatologia, variando desde a eliminação de possíveis fatores predisponentes, intervenções psicossociais a uso curto ou prolongado de corticosteroides tópicos e sistêmicos<sup>1</sup>.

A Organização Mundial da Saúde, em sua publicação de 2007, classifica o líquen plano como condição cancerizável da mucosa oral, ou seja, “estado generalizado associado a risco significativamente maior de câncer”<sup>4</sup>.

Devido à complexidade envolvida no tratamento do câncer de boca em seus estágios mais avançados, é necessária a discussão permanente como forma de aumentarmos a proporção de casos diagnosticados mais precocemente. O momento no qual é realizado o diagnóstico do câncer de boca está relacionado diretamente à sobrevida. Tumores diagnosticados tardiamente possuem sobrevida

muito inferior àqueles diagnosticados precocemente. Contudo, infelizmente, diagnósticos precoces são exceção<sup>5</sup>.

**Objetivo :** Este trabalho tem por objetivo relatar o caso de paciente do gênero masculino, 52 anos de idade, com histórico de líquen plano, em acompanhamento há 10 anos, diagnosticado com carcinoma de células escamosas em palato.

**Método :** Relato de caso e revisão da literatura

**Relato do Caso :** Paciente do gênero masculino, 52 anos, hipertenso, ex-tabagista, diagnosticado com líquen plano, há cerca de 10 anos, através de biópsia cutânea da região de tórax, compareceu com queixa de lesão em palato com evolução de 4 meses. A ectoscopia foi possível observar alopecia em diversas regiões do couro cabeludo e aspecto displásico nas unhas dos pés e das mãos. A exame intra-oral, notou-se lesão única e ulcerada em palato duro, na região de molares à direita, de aproximadamente 2 cm, consistência firme, borda irregular estendendo-se a gengiva em forma de placa branca, rugosa e limites mal definidos. Além disso, o paciente apresentava placas brancas, de limites imprecisos, dispersas marginalmente aos dentes superiores por vestibular. Diante deste quadro foi optada pela biópsia incisional da região de palato com hipóteses diagnóstica de carcinoma de células escamosas e leucoplasia. A análise histopatológica do fragmento, corado por hematoxilina e eosina demonstrou invasão de células epitelial displásicas no tecido conjuntivo, com a formação de pérolas de queratina, associado a denso infiltrado inflamatório, concluindo o diagnóstico em carcinoma de células escamosas. O paciente foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço que executou a ressecção total da lesão. Após 4 meses de acompanhamento pós-operatório, o local da ressecção manteve-se livre de sinais de recidiva e foi optado pela biópsia incisional da placa esbranquiçada, ora erosiva, em gengiva vestibular, a qual se mostrava dolorida naquele momento. Desta vez a análise do fragmento mostrou mucosa revestida por epitélio escamoso com áreas de hiperplasia, hiperqueratose e inflamação no tecido conjuntivo subepitelial.

Conclusão: Diante deste quadro, associado ao exame físico, foi concluído o diagnóstico de líquen plano oral e instituído o tratamento com propianato de clobetasol 0,05% em gel oral para controle do desconforto. O paciente permanece em acompanhamento ambulatorial.

Discussão : Apesar da Organização Mundial da Saúde classificar o líquen plano como condição cancerizável, a associação desta doença com o câncer bucal é incerta na literatura geral. Alguns estudos citam a probabilidade de transformação maligna em 1,37%<sup>6</sup>. A facilitação ao desenvolvimento do câncer seria baseada na criação de um microambiente de citocinas capaz de influenciar a sobrevivência das células, além do seu crescimento, proliferação e diferenciação<sup>7,8</sup>. Nosso estudo descreve um caso onde houve desenvolvimento do carcinoma de células escamosas em paciente com doença muco-cutânea bem estabelecida. Discussões de casos como este se mostram importantes para que sempre haja atenção sobre os pacientes com líquen plano, a fim de que possamos, eventualmente, diagnosticar casos de câncer precocemente.

Palavras –chave : Carcinoma, células escamosas ,palato ,Líquen plano ,relato de caso .

Referências bibliográficas :

1 - Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. Arch Dermatol Res. 2016 Oct;308(8):539-51.

2 - Mutafchieva MZ, Draganova-Filipova MN, Zagorchev PI, Tomov GT. Oral Lichen Planus - Known and Unknown: a Review. Folia Med (Plovdiv). 2018 Dec 1;60(4):528535.

3 - Manczyk B, Gołda J, Biniak A, Reszelewska K, Mazur B, Zając K, Bińczak P, Chomyszyn-Gajewska M, Oruba Z. Evaluation of depression, anxiety and stress levels in patients with oral lichen planus. J Oral Sci. 2019 Jun 10.

4 - Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2007 Nov;36(10):575-80.

5 - Teixeira VP, Silva MKR, de Almeida RC, Assunção Júnior JNR. Câncer de boca e o desafio do diagnóstico precoce. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2018;72(4):624-30.

6- L. Cau, J.T. Jabara, W. Lai, et al. Topical agents for oral cancer chemoprevention: a systematic review of the literature *Oral Oncol*, 67 (2017), pp. 153-159

7- Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L, Lo Muzio L, Bucci E. Immune activation and chronic inflammation as the cause of malignancy in oral lichen planus: is there any evidence? *Oral Oncol* 2004;40(2):120- 30.

8-Valente G, Pagano M., Carrozzo M, Carbone M, Bobba V, Palestro G et al. Sequential immunohistochemical p53 expression in biopsies of oral lichen planus undergoing malignant evolution. *J Oral Pathol Med* 2001;30(3):135-40.

## **Revisão bibliográfica – Dilemas da Dosagem Alcoólica *in vivo* e *post mortem***

**Me.**

*Jéssica Priscila De Souza*<sup>1</sup> – AUTORA PRINCIPAL (Email – *jessicaprisilaso@outlook.com*); *Alexandre Catena Volpe*<sup>2</sup> – AUTOR; *Me. Neusa Maria Esteves Bittar*<sup>3</sup> - ORIENTADORA

<sup>1</sup> *Mestre em ciências pela Faculdade de Medicina da USP*

<sup>2</sup> *Acadêmico de medicina da Universidade Metropolitana de Santos*

<sup>3</sup> *Mestre em medicina, advogada, professora universitária e preceptora da Liga de Medicina Legal da Unimes*

### Introdução

O álcool é uma substância psicoativa, que aumenta a agressividade e diminui a capacidade de julgamento daquele que a consome, por se tratar de substância depressora do Sistema Nervoso Central (SNC) e está entre uma das drogas que mais causa dependência. Por se tratar de uma droga lícita, de baixo custo e disponível de forma abundante, é uma das substâncias mais consumidas pela população mundial é a mais consumida no Brasil, podendo causar danos sociais e prejuízos físicos, e ainda assim, o seu consumo quando moderado, é aceito e até mesmo incentivado pela sociedade <sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sup>.

Algumas das principais manifestações clínicas quando do seu consumo são perda de inibição, prolongamento do tempo de reação, nistagmo, diplopia, disartria e ataxia; podendo ainda provocar surtos psicóticos, alucinações e delírios <sup>8, 9</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS-WHO) afirma em levantamento de dados realizado em 2018 que a cada ano no mundo, o uso nocivo do álcool causa 3 milhões de mortes - representando 5,3% de todas as mortes -, além de ser responsável por 5,1% de doenças e lesões, sendo considerado fato-gerador de mais de 200 doenças e lesões <sup>10</sup>.

São diversas as evidências científicas no sentido de que o consumo de bebidas alcoólicas possui uma relação próxima e complexa com a violência, sendo considerado um facilitador significativo de situações de violência como homicídios, suicídios, violência doméstica, crimes sexuais, atropelamentos e acidentes envolvendo motoristas alcoolizados <sup>11, 12, 13, 14, 15, 16</sup>.

## Objetivo

Revisão bibliográfica das metodologias utilizadas para detecção e quantificação de etanol em amostras biológicas *in vivo* e *post mortem*, realizando um levantamento das vantagens e das desvantagens da utilização de cada método, bem como dos tipos de amostras disponíveis para a dosagem.

## Método

Revisão bibliográfica do tema usando como ferramenta de pesquisa livros e os indexadores Google Acadêmico, Oxford Journals, Pub Med, Sage Pub e Scielo, sem limitação de data, utilizando as palavras-chave: *Alcohol, Dosing, Ethanol, Markers e Toxicology*.

## Discussão

Nos indivíduos vivos, a dosagem de álcool no sistema é feita principalmente pelo sangue - através de testes laboratoriais - e pelo ar expelido pelos pulmões - através do etilômetro (ou bafômetro). Entretanto, outras amostras também podem ser utilizadas, como urina, suor, fluido oral (saliva), entre outros <sup>17</sup>.

A dosagem do etanol no sangue é a que reflete de forma mais precisa a quantidade em que aquele indivíduo está sob influência (realizada comumente por

Cromatografia Gasosa), mas a sua obtenção é feita de forma invasiva, sendo assim, tem-se a preferência para a dosagem do ar expelido pelos pulmões, onde o bafômetro mostra a quantidade de álcool presente no organismo de forma proporcional àquela presente no sangue <sup>18, 17</sup>. O aparelho irá oxidar o etanol a etanal (também denominado acetaldeído), e a concentração de álcool presente no ar expirado será proporcional a corrente elétrica que será produzida, e assim, será lida em uma escala proporcional ao teor alcoólico no sangue <sup>18</sup>.

Vale ressaltar que o consumo de determinados alimentos, medicamentos ou antissépticos bucais que tenham álcool na sua composição, apenas poderá provocar um resultado positivo, se o teste for realizado imediatamente após o consumo ou uso <sup>19</sup>.

A urina não é comumente utilizada para a dosagem da substância, pois apenas estará presente depois de iniciada a sua distribuição e metabolização, portanto, não necessariamente indica que o indivíduo esteja naquele momento sob a influência do álcool, e sim, que esteve em um passado recente (é possível a sua detecção de 6 a 48 horas após o consumo) <sup>20</sup>. Já a dosagem na saliva, mostra uma boa correlação, muito embora em algumas situações a concentração é subestimada, e em outras superestimada, e especula-se que isso ocorra em detrimento da distribuição da substância após a sua absorção, que pode ser menor nas glândulas salivares, ou pela consumo mais recente da substância (álcool remanescente da bebida ingerida), respectivamente <sup>21</sup>.

Nos casos de análise *post mortem*, a coleta das amostras deve ser realizada o mais rápido possível, o mais próximo do momento da morte tendo em vista a possibilidade de produção de etanol em corpos em decomposição <sup>22, 23</sup>.

Inúmeros microrganismos produtores de etanol podem ser encontrados em fluidos e tecidos de cadáveres, sendo essa produção através da utilização da glicose ou de outros substratos como aminoácidos, lactato e glicerol. É descrito na literatura valores variados como possíveis de serem produzidos de forma endógena,

variando de 0,2 g/L a 2,0 g/L, e essa variação existe, pois a quantidade de etanol que pode ser produzida vai depender do tipo e quantidade do microrganismo presente, do substrato e do estado de putrefação do cadáver <sup>23</sup>.

Outro fator que também pode influenciar a dosagem de etanol encontrada é quando a substância está presente no estômago, podendo contaminar o líquido do pericárdio e a cavidade cardíaca, por difusão ou no caso de cadáveres politraumatizados quando da decorrência da ruptura de órgãos internos e aspiração de vômitos em casos de mortes agônicas <sup>22, 23</sup>. Nessas situações, é preferível que a coleta seja realizada em veias periféricas e calibrosas, como por exemplo, as veias femorais e subclávias, tendo em vista que o etanol é pouco suscetível à redistribuição *post mortem* <sup>22, 24</sup>.

O humor vítreo também pode ser utilizado para a determinação de álcool etílico, tendo em vista que, por estar alocada no interior da câmara ocular, e ser um ambiente consideravelmente estéril e protegido de traumas, estando disponível mesmo nos casos de carbonização parcial do cadáver, apresenta grande estabilidade e resistência nos processos de putrefação, sendo assim, está pouco suscetível à produção de etanol por microrganismos; portanto, possibilita uma distinção do etanol por ingestão ante mortem, e de uma eventual produção *post mortem* <sup>24</sup>.

Nos Institutos Médico-Legais do estado de São Paulo, existe a determinação de que seja coletado “4 mL (quatro mililitros) de sangue da veia femoral ou da cavidade cardíaca em tubo contendo o conservante fluoreto de sódio e o anticoagulante EDTA (tubo de tampa cinza)” <sup>25</sup>.

## Conclusão

Nos indivíduos vivos, as amostras mais utilizadas para a dosagem do álcool são o ar expelido pelos pulmões e o sangue, por demonstrarem a quantidade de álcool que o indivíduo está sob influência naquele momento, e por terem pouca ou



nenhuma interferência no seu resultado. Quando falamos da dosagem *post mortem*, usualmente é utilizado o sangue cardíaco ou femoral, entretanto, o humor vítreo se mostra como um fluido biológico confiável, por ser isolado do restante do organismo, e sofrer de forma mínima a ação de microrganismos produtores de etanol.

## Referências

1. Exum ML. The application and robustness of the rational choice perspective in the study of intoxicated and angry intentions to aggress. *Criminology*. 2002;40(4):933-966.
2. Nutt D, King LA, Saulsbury W, et al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*. 2007;369:1047-1053.
3. Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev. Saúde Públ.* 2008;42(1):109-117.
4. Wagner GA, Andrade A. Guerra de uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(1):48-54.
5. Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(2): 314-25.
6. Graham K, Livingston M. The relationship between alcohol and violence: population, contextual and individual research approaches. *Drug Alcohol Rev.* 2011;30:453-457.

7. Dalmaso TF, Meyer DEE. Circulação e consumo de drogas em uma penitenciária feminina: percepções de uma equipe de saúde prisional. *Saúde debate*. Rio de Janeiro. 2017;41(115):1156-1167.
8. Pereira FEL. Etiopatogênese Geral das Lesões: Etanol. In: Brasileiro-Filho, G. Bogliolo Patologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2016, v. único, cap. 3, p. 73-75.
9. Rodríguez MAPC, Iriarte MPC, Assef JJP, et al. Antecedentes teóricos de los problemas relacionados con el alcohol en adolescentes del municipio ciego de ávila. *Universidad&Ciencia*. 2017;6(Especial de Medicina):21-36.
10. World Health Organization. Alcohol. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. Acesso em: 13 mai 2019.
11. Del Rio MC, Gomez J, Sancho M, et al. Alcohol, illicit drugs and medicinal drugs in fatally injured drivers in Spain between 1991 and 2000. *Forensic Sci Int*. 2002;127(1-2):63-70.
12. Chen LH, Baker SP, Guohua L. Drinking history and risk of fatal injury: comparison among specific injury causes. *Accid Anal Prev*. 2005;37(2):245-251.
13. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365(9548):519-530.

14. Bedford D, O'farrell AM, Howell F. Blood alcohol levels in persons who died from accidents and suicide. *Ir Med J.* 2006;99(3):80-83.
15. Kassasbeh ET, Abdallat EM, Hadidi MS. Prevalence of alcohol in autopsied medico-legal cases at the National Institute of Forensic Medicine, Jordan. *J. Toxicol. Environ. Health Sci.* 2011;3(9):264-270.
16. Andreuccetti G, Gawryszewski V, Diehl A, et al. Alcohol's causal role in interpersonal violence and road traffic injuries in the Americas. In: Cherpitel CJ, Borges G, Giesbrecht N, et al. *Prevention of alcohol-related injuries in the Americas: from evidence to policy action.* 2013;27-35.
17. Moreau RLM, Siqueira MEPB. *Toxicologia Analítica.* 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008. n.p.
18. Braathen C. O princípio químico do bafômetro. *QNEsc.* 1997;5:3-5.
19. Souza JP, Hi EMB, Gonzalez FG. Revisão de métodos analíticos para determinação do consumo agudo de álcool em amostras biológicas. *ruerp.* 2014;11(25):90-101.
20. Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas. Álcool. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/homepage/tratamento/alcool>. Acesso em: 23 mar. 2019
21. Vantorin MVP. Relação entre a dosagem de etanol no sangue e na saliva. 2004. Dissertação (Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia) - Faculdade

de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, São Paulo, 2004.

22. França GV. Medicina Legal. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2008, v. único. cap. 16, p. 333-335.
23. Carvalho VM, Fontes LR, Lima IV, et al. Toxicologia *post mortem*. In: Oga S, Camargo MMA, Batistuzzo JAO. Fundamentos De Toxicologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu Editora São Paulo: 2014, v. único, cap. 8.2. n.p.
24. Lisboa MP. Matrizes Biológicas de Interesse Forense. 2016. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2016.
25. São Paulo (Estado). Superintendência da Polícia Técnico-Científica. Instituto Médico Legal. Portaria do Diretor Técnico de Departamento, de 04-07-2012. Dispões sobre normas e procedimentos para envio de materiais biológicos para análise do Núcleo de Toxicologia Forense. Diário Oficial do Estado, São Paulo. Poder Executivo – Secção I. 2012 07 jul.;122(127):11.

## **Hemorragia digestiva alta associada ao uso de anti-inflamatório não esteroides (AINES) em paciente cirrótico – Relato de Caso**

*Giullia Carvalho Mangas Lopes<sup>1</sup>*

*Isa Oliveira da Cruz<sup>1</sup>*

*Fabiana Cortez Larguesa<sup>1</sup>*

*Michele Fernandes da Silva Barreiro<sup>1</sup>*

*Luiz Ricardo Pamplona Nascimento de Barros Mainardi<sup>2</sup>*

*1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

*2. Professor responsável da liga de Trauma e Pronto-Socorrismo da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

E-mail para contato: giulliamangas@gmail.com

### **INTRODUÇÃO**

A hemorragia digestiva alta é uma emergência comum e uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo considerada um grande problema de saúde pública. Pacientes com comorbidades médicas graves e pacientes com sangramento persistente ou recorrente têm maior risco de morrer, sendo a presença de doença hepática crônica avançada fator de valor prognóstico adverso<sup>1,2,3</sup>. A cirrose representa uma progressão da doença em diferentes estágios prognósticos, de acordo com a presença ou ausência de complicações, as quais podem se manifestar por meio da hemorragia digestiva alta. Aliado a isso, o uso de AINES promove a formação de úlceras e sangramento, pois causam uma lesão tóxica na mucosa gástrica e efeitos sistêmicos induzidos pelo esgotamento da prostaglandina, por meio da inibição da via COX-1, diminuindo o fluxo sanguíneo na mucosa, a produção de muco e bicarbonato e a proliferação epitelial, resultando em um ambiente gástrico mais suscetível ao ataque tóxico por fatores endógenos,

como ácido, pepsina e sais biliares e propício para a formação de úlcera péptica e complicações gastrointestinais graves. Como as prostaglandinas são essenciais para a manutenção das defesas gastrointestinais intactas e da função plaquetária normal, os AINEs promovem a formação de úlceras e o sangramento <sup>4,5</sup>.

## OBJETIVOS

Esse trabalho tem o objetivo de relatar o caso de um paciente do sexo masculino, de 46 anos, cirrótico, que em 2019 apresentou episódios de hematêmese, logo após o uso de anti-inflamatório não esteroides, necessitando de pronto atendimento, e a influência da hepatopatia alcoólica na hemorragia digestiva alta.

## DISCUSSÃO

A hemorragia gastrointestinal alta (HDA) é uma doença, considerada como a causa mais frequente de emergência na área de gastroenterologia, assim como uma das principais causas de morbimortalidade.<sup>1</sup> O HDA tem uma incidência maior, nos homens do que nas mulheres e afeta várias faixas etárias, sendo as idades mais avançadas as mais afetadas, a literatura descreve como variáveis relevantes associadas a um prognóstico ruim em HDA: sangramento, idade, estado circulatório, presença de comorbidades e sangramento por varizes esofágicas em pacientes com cirrose.<sup>2</sup> Atualmente, a cirrose hepática é um grande problema de saúde pública, decorrente do estágio avançado de muitas doenças hepáticas crônicas, devido principalmente ao consumo crônico de álcool, assim como as doenças virais crônicas.<sup>3</sup> Pacientes com cirrose têm um risco aumentado de inúmeras complicações e uma expectativa de vida reduzida.<sup>4</sup> Entre as complicações destacamos, o HDA, como decorrente ao tratamento prolongado com anti-inflamatórios não esteroides (AINES), o qual a literatura, já descreve os seus efeitos colaterais no aparelho gastrointestinal, como dor abdominal, azia e diarreia

em aproximadamente 20% dos pacientes, destacando os pacientes com comorbidades associadas como a cirrose hepática, uma maior predisposição em desenvolver erosões e úlceras gástricas e duodenais decorrente do uso contínuo e prolongado dos AINES.<sup>5</sup>

**PALAVRAS- CHAVE:** Hemorragia Digestiva Alta; cirrose; anti-inflamatórios não esteroides; doença hepática alcoólica; gastroenterologia

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saeed ZA, Cole RA, Ramirez FC, Schneider FE, Hepps KS, Graham DY. Endoscopic retreatment after successful initial hemostasis prevents ulcer rebleeding: a prospective randomized trial. *Endoscopy*. 1996;28(3):288-94.
2. Alam MK. Factors affecting hospital mortality in acute upper gastrointestinal bleeding. *Saudi J Gastroenterol*. 2000;6(2):87-91.
3. Claudio L, Toledo A. Liver cirrhosis: Some complications preventive measures. *Rev Med Clin Condes*. 2010;21(5):757-63.
4. Garcia-Tsao G. Current management of the complications of cirrhosis and portal hypertension: variceal hemorrhage, ascites, and spontaneous bacterial peritonitis. *Gastroenterology*. 2001;120:726–748.
4. Bhatt DL, Scheiman J, Abraham NS, Antman EM, Chan FK, Furberg CD, et al. ACCF/ACG/AHA 2008 Expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID Use: a report of the American College of Cardiology Foundation task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation*. 2008; 118; 1894-909

## **NÓ EM EXTREMIDADE DISTAL DE CATETER VENOSO CENTRAL ABORDADO POR VENOTOMIA COM ANESTESIA LOCAL**

*Autores: Paixão, VS<sup>1</sup>; Ferraz, MFR<sup>1</sup>; Mendia, CDS<sup>1</sup>; Barros, K<sup>1</sup>; Bomfim, LGP<sup>1</sup>; Aboud, MDS; Pilnick; M<sup>2</sup>; Facanali Jr, MR<sup>2</sup>; Facanali, CBG<sup>2</sup>;*

*<sup>1</sup>Acadêmicos de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos. <sup>2</sup>Médico assistente de urgência e emergência da Santa Casa da Misericórdia de Santos*

*E-mail: mrfacanalli@hotmail.com*

### **INTRODUÇÃO**

Dentre os dispositivos intravasculares, os venosos são os mais utilizados em Unidades de Terapia Intensiva, seja para administração de medicamentos ou para monitorização hemodinâmica<sup>1</sup>.

Nó em cateter intravascular é uma complicação rara, descrita pela primeira vez em 1954 por Johansson et al.<sup>2</sup>

Trabalho aprovado pelo CEP da UNIMES - CAAE: 20940619.2.0000.5509.

### **OBJETIVO**

Descrever um caso de nó em extremidade distal de cateter venoso central mono-lúmen (CVCM) inserido através da veia jugular interna direita, retirado após venotomia com anestesia local.

### **DESCRIÇÃO DO CASO**

Paciente de 63 anos, masculino, ex-tabagista, história prévia de angioplastia e colocação de stent coronariano não farmacológico em ramo marginal da artéria coronária circunflexa há um mês com bradicardia juncional e choque cardiogênico.

Foi transferido ao Centro de Terapia Intensiva de um hospital referência na cidade de Santos. Na admissão, encontrava-se assintomático, com estabilidade clínica e



hemodinâmica, sem utilização de drogas vasoativas, em ritmo sinusal e saturação de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) 99% em ar ambiente.

Apresentava um CVCM inserido em jugular direita, porém, sem fluxo. Optado pela retirada e execução de uma nova punção de acesso central. No entanto, houve dificuldade de retirada, com tração excessiva do cateter, associada à dor no local de inserção do acesso.

Aventado a hipótese de um nó próximo a extremidade do cateter e realizado radiografia de tórax anteroposterior (figura 1 e 2), seguido de venotomia sob anestesia local com lidocaína 2% sem vasoconstritor. Foi obtida recuperação do cateter com sucesso, sem fragmentação. Ao analisar o cateter exteriorizado (figura 3 e 4) foi confirmado a hipótese.



Figura 1



Figura 2

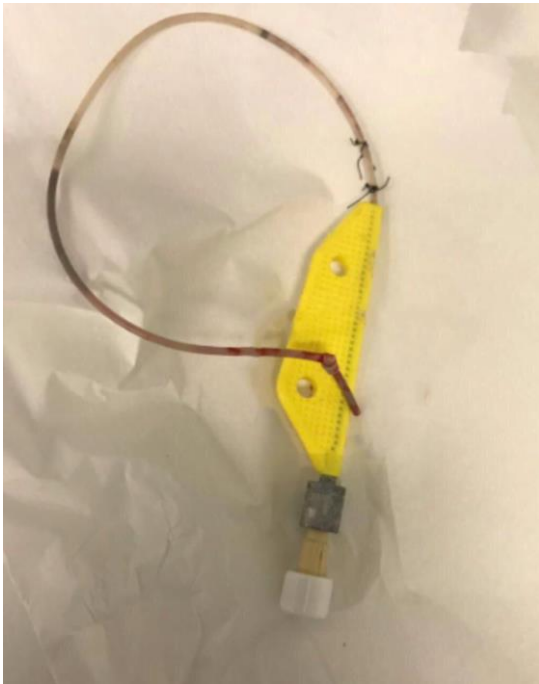


Figura 3



Figura 4

## DISCUSSÃO

O acesso venoso central pode ser obtido através da punção das veias jugulares, subclávias ou veias femorais através da técnica de Seldinger, onde a escolha do cateter com uma, duas ou mais vias dependerá da complexidade terapêutica<sup>3</sup>.

As complicações relacionadas ao cateter venoso central podem ser divididas em precoces, dentre elas sangramentos, pneumotórax, hemotórax e quilotórax e as tardias, exemplificadas por infecção com sepse, oclusão do cateter e infecção da ferida cirúrgica<sup>4</sup>.

Neste paciente não houve descrição detalhada sobre como foi a realização do procedimento inicial de passagem do cateter, as dificuldades apresentadas ou quantidade de tentativas efetuadas. É sabido que, quanto maior for o número de tentativas de cateterização, maiores serão também as chances de complicações<sup>4,5</sup>.

Neste caso, a experiência do profissional e a suspeita de complicação tardia do CVCM foram fundamentais para evitar intercorrências maiores, como a fragmentação do cateter ou uma lesão venosa. Além disso, alguns autores recomendam a realização de radiografia de tórax tardia na presença de qualquer eventual complicação, assim como foi realizado no paciente referido. Há a possibilidade de remoção do cateter pela aplicação de tração<sup>6</sup>, ou através de venotomia sob anestesia local<sup>7,8</sup>.

Apesar da raridade do nó de cateter intravascular, é importante salientar que se trata de uma possibilidade de complicação tardia que deve ser lembrada na ausência do fluxo e na dificuldade da retirada associada à dor local referida. A fim de que haja diminuição desta ocorrência, ao serem introduzidos os cateteres, não se deve avançar quando há resistência, ou utilizar manobras abruptas. Quando disponível, a cateterização eco guiada deve ser encorajada. O seguimento radiológico após procedimento em pacientes com anatomia difícil é imprescindível.

#### PALAVRAS- CHAVE

Nó, Cateter central, Venotomia.

#### REFERÊNCIAS

1. Diener JRC. Infecções relacionadas ao cateter venoso central em terapia intensiva.[dissertação de mestrado].Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
2. Johansson L, G Malmstrom, and LG Uggli. Intracardiac knotting of the catheter in heart catheterization. The Journal of thoracic surgery 27.6 (1954): 605.
3. Silva AJR, Oliveira FMD, Ramos MEP. Infecção associada ao acesso venoso central. Referência-Revista de Enfermagem 2.11 (2009).

4. Marcondes CRR, Biojone CR, et al. Complicações precoces e tardias em acesso venoso central: análise de 66 implantes. *Acta Cirúrgica Brasileira* 15.supl. 2 (2000): 107.
5. Lefrant JY et al. Risk factors of failure and immediate complication of subclavian vein catheterization in critically ill patients. *Intensive Care Medicine* (2002): 1036-1041.
6. M.K. Zadeh et al. The role of routine chest radiography for detecting complications after central venous catheter insertion. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 25.5 (2014): 1011.
7. Karahan N, Yetkin U, Yakut N, et al. Approach to swan ganz thermodilution catheter complications: 6 years experience with 2310 cases. *The Internet Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2008;11(2).
8. Kranz A, Muldigler G, et al. Knotting of two central venous catheters: a rare complication of pulmonary artery catheterization, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1996; 108(13):404-6.

## **Prevalência das doenças cardiovasculares nos trabalhadores portuários (TP) do Porto de Santos/SP**

*Nome dos autores: Raissa Mendonça Menezes, Laura Sbeghen Quaglio, Isadora Dicher R. Curraladas, Maria Luiza Ventura Samia, Alexandre Catena Volpe, Edgar Maquigussa; Mirian Aparecida Boim; Elizabeth Barbosa de Oliveira-Sales*

*Instituição de ensino: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) – Santos, SP*

*E-mail: raissa.menezes@uol.com.br*

**Introdução:** Os trabalhadores portuários (TPs) desenvolvem suas atividades a bordo ou no costado dos navios, nas operações de carga e descarga marítima. No contexto portuário brasileiro, a prevenção de doenças e acidentes é regulamentada, no entanto, a saúde dos TPs é pouco conhecida<sup>1,2,3</sup>.

**Objetivo:** Considerando a elevada prevalência de doenças cardiovasculares no Brasil e a escassez de estudos realizados nas regiões portuárias brasileiras, o objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência das doenças cardiovasculares nos TPs do Porto de Santos/SP e comparar com parte da população da cidade de São Vicente que não exerce essa função e assim, propor ações ou campanhas para desenvolver e promover ações de prevenção e promoção à saúde.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa dos dados pesquisados, através de um formulário de entrevista que contém dados biodemográficos e de exames físicos realizados da aferição de pressão arterial, de glicemia e índice de massa corporal. Foram incluídos 85 TPs do Porto de Santos em uma atividade de extensão intitulada "Doutores no Porto". Participaram do estudo apenas aqueles profissionais que exercem a mesma função no prazo mínimo de um ano e com idade acima de 18 anos. O grupo de profissionais em geral, cujos dados foram coletados em uma

atividade de extensão com o nome “Mutirão da Saúde no Shopping de São Vicente”, foi composto por indivíduos com diferentes ocupações (n=114). Da mesma forma, todos com idade maior de 18 anos. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética da UNIMES (No 3.433.332).

Resultados: Foi observado que 32% dos TPs eram hipertensos, enquanto apenas 25% do grupo sem especificidade de profissão eram hipertensos. Além disso, a prevalência de obesidade foi maior no grupo dos TPs (39%) comparada com a da população geral (24%). Também foi visto que a prevalência de diabéticos foi mais elevada entre os trabalhadores portuários (13%) quando comparada à do grupo controle (7%).

Conclusão: Foi possível concluir que as prevalências de hipertensão, obesidade e diabetes, os fatores de risco para doenças cardiovasculares, foram maiores entre o grupo dos trabalhadores portuários quando comparadas ao grupo controle. Por conseguinte, nota-se a necessidade do desenvolvimento de campanhas preventivas e projetos de promoção à saúde com essa população, incluindo o incentivo a uma vida saudável, com alimentação adequada, prática de exercícios e monitoramento médico adequado.

Referências bibliográficas:

1. Weber MA, Schiffrin EL, White WA, Mann S, Lindholm LH, Venerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Hypertens*. 32(1):3-15, 2014.
2. World Health Organization (WHO). *Global report on diabetes*. Geneva; 2016.
3. Ferreira SRG, Zanella MT. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. *Rev Bras Hipertens* 2:128-35, 2000.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, trabalhadores portuários, Porto de Santos.

## **SILICONOMA MAMÁRIO: UM RELATO DE CASO**

*Autor: Afonso Jorge Assumpção Filho*

*Orientador: Dr. Carlos Goyeneche Montoya e Profa. Dra. Eliane Marta Quinones*

*Email: [afonso.assump@gmail.com](mailto:afonso.assump@gmail.com)*

### **Introdução**

A injeção do silicone líquido industrial no organismo humano de forma clandestina, com a finalidade de corrigir irregularidades e para aumentar volumes, em homens, mulheres ou transgêneros, tem sido praticado desde a década de 60<sup>1</sup>. Apesar de haver grandes efeitos que trazem complicações ao organismo, esse procedimento é aplicado em larga escala, com relatos desastrosos de seu uso em locais com higiene precária, sendo um grande problema de saúde pública ainda na atualidade<sup>2</sup>.

Podem surgir complicações precoces após a introdução do silicone industrial, advindas da falta de cuidados básicos de assepsia e antisepsia, tais como infecções e necroses teciduais. Já tardiamente, ocorre a migração do produto pelo sistema linfático, venoso ou mesmo, pela força da gravidade, migrando para outras regiões<sup>2</sup>. A partir dessas migrações do silicone industrial, quando não há uma evolução favorável, há relatos na literatura médica mostrando o aparecimento de siliconomas, dentre essas complicações. Esse termo foi popularizado, em 1965, para caracterizar a reação do tipo corpo estranho, similar à descrita para outros líquidos, como parafina e é o achado mais frequente das mastopatias por silicone. Os autores relatam suas casuísticas com o tratamento de silicone líquido nas mamas, pálpebras, região malar, glúteo e região deltoidea de seus pacientes<sup>1</sup>.

### **Objetivo**

Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico clínico e por imagem de siliconoma, realizando comparações e correlações com as descrições da literatura

atual e evidenciando a importância deste diagnóstico diferencial na patologia mamária.

#### Relato de Caso – metodologia

Paciente de sexo feminino, 68 anos a qual após realizar mamografia de rotina, foi encaminhada ao Ambulatório de Mastologia com hipótese diagnóstica de câncer de mama devido ao achado de múltiplas imagens nodulares radiodensas, bilateralmente distribuídas pelo parênquima, não sendo aplicada a classificação BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System). Nas inspeções estática e dinâmica não houveram alterações e durante a palpação, percebiam-se diversos nódulos endurecidos indolores em ambas as mamas. As radiografias de tórax em incidências póstero-anterior e perfil apresentaram normalidade. A anamnese revelou-se a implantação de silicone industrial nas mamas 30 anos atrás, possibilitando diagnóstico sugestivo de “siliconomas”. Na ultrassonografia das mamas houveram achados de imagens nodulares anecóicas, ovaladas e circunscritas, compatíveis com cistos simples, além de imagens produtoras de sombra acústica dispersas pelo parênquima. Ao período do diagnóstico, foi solicitada biópsia dos nódulos e a possibilidade de mastectomia, contudo a paciente se recusou à proposta de realizar ambos os procedimentos. A paciente estava clinicamente estável, sem alterações cutâneas, nem sinais flogísticos locais. Optou-se então pela conduta conservadora, através da realização anual de mamografia e ultrassonografia. A paciente está em acompanhamento há mais de 9 anos, sem quaisquer intercorrências, não tendo sido indicada cirurgia até o momento. O trabalho foi baseado em relatos de caso de outros pacientes portadores de siliconoma, além do acesso ao prontuário médico e exames gerais da paciente.

#### Desenvolvimento - Resultado

No relatório de mamografia (figura 1) detectou-se a presença de inúmeras imagens arredondadas radiodensas, distribuídas pelo parênquima mamário



bilateralmente compatível com siliconomas. Dessa forma, notou-se na mama direita duas imagens nodulares anecóicas com formas ovaladas, contornos circunscritos, diâmetro latero-lateral maior que ântero-posterior, tamanho 0,3x0,5cm e 0,6x0,4cm, localização às 12h na intersecção do quadrante superior, compatível com cisto simples. Houve presença de imagens produtoras de sombra acústica dispersas pelo parênquima mamário. Já na mama esquerda observa-se presença de imagens produtoras de sombra acústica dispersas pelo parênquima mamário.

Em relação ao relatório de Ultrassonografia (figura 2), evidenciou-se que na pele e no tecido celular subcutâneo não houveram alterações e o parênquima mamário estava predominantemente hipoecogênico.

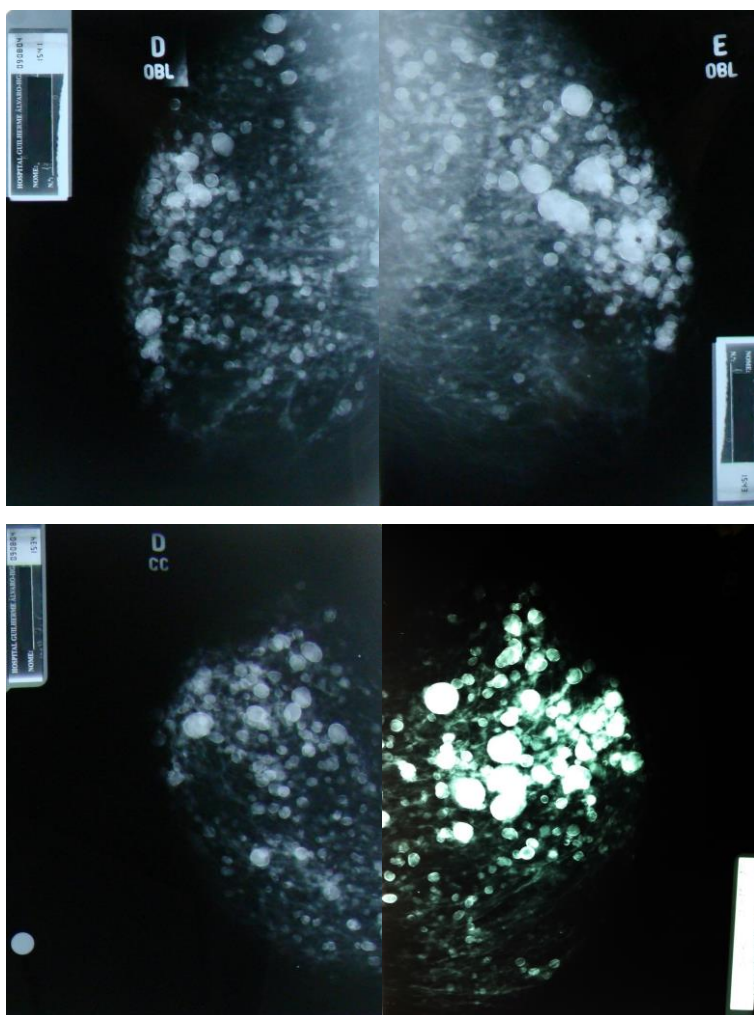


Figura 1.



Figura 2.

O siliconoma é caracterizado como uma reação do tipo corpo estranho similar à descrita para outros líquidos, como parafina e é o achado mais frequente das mastopatias por silicone<sup>1</sup>. Em vista disso, Winer e colaboradores, descreveram sua histopatologia como: estroma anuclear degenerado, semelhante a necrobiose de tecido conectivo fibroso, circundado por muitos espaços ou cavidades irregulares, ovais e transparentes. Em outras áreas, esse estroma interveniente é invadido por um denso infiltrado que consiste de linfócitos, plasmócitos e histiócitos. Alguns dos espaços claros são revestidos por uma única camada de células nucleadas, que são células gigantes sinciciais. Outros espaços livres contêm células gigantes de corpo estranho<sup>3</sup>.

O uso indevido de silicone industrial em humanos causa consequências diversas, pois pode ocorrer a migração desse produto para outros compartimentos do corpo, através do sistema linfático, venoso ou mesmo por uma invasão direta<sup>4</sup>. Dentre eles, aponta-se resultados de siliconoma gigante formado a partir de prótese de silicone industrial mamária, havendo outras descrições, por exemplo, desses produtos de uso ilegal dentro da medicina chegarem até mesmo, por meio do

sistema de drenagem corporal, a acumularem-se nas pálpebras trazendo grandes complicações<sup>5</sup>.

Embora benignos, os granulomas de silicone da mama podem apresentar-se de maneira semelhante a um tumor maligno, visto que há grande similaridade micro e macroscopicamente, além da invasão de tecidos. Dessa forma, a ressonância magnética se faz necessária juntamente de biópsias com agulha grossa, que nem sempre podem estabelecer o diagnóstico no pré-operatório. As tomografias por emissão de pósitrons podem ser falsamente positivas e o diagnóstico requer um extenso trabalho para descartar o câncer. Carson e colaboradores relatam um caso de uma paciente mulher de 71 anos que teve ruptura de prótese constituída de material inadequado para uso em seres humanos, gerando ulceração na região mamária, fungo e infecção ativa. Após biópsias inconclusivas, a paciente foi submetida a uma mastectomia radical e a patologia revelou o siliconoma. O radiologista interpretou a mamografia classificando em BI-RADS categoria 5, ou seja, haviam grandes evidências de malignidade por haver ulcerações, calcificações e até mesmo invasões às musculaturas, simulando aspectos macro e microscópicos e mecanismos de neoplasias malignas de mama<sup>6</sup>.

A abordagem proposta na época do diagnóstico do caso foi a realização de mastectomia, devido ao grande número de lesões e pela extensão por todo o parênquima mamário. Entretanto, houve recusa da paciente em submeter-se a realização de procedimentos invasivos, divergindo da conduta da literatura que indica a mastectomia como a indicação terapêutica<sup>4-6</sup>. Não foi executada a cirurgia, e a equipe médica entrou em acordo com a paciente visto que ao longo de mais de 9 anos de seguimento, não houve qualquer alteração clínica ou radiológica que justificava a intervenção com urgência.

### Conclusão

A injeção de silicone industrial representa um problema de saúde pública de difícil manejo e com alto índice de complicações, sendo necessárias muitas vezes medidas radicais para seu tratamento. O médico deve realizar uma adequada

anamnese associado ao estudo de imagens para estabelecer seu diagnóstico preciso e diferencial, juntamente com uma biópsia para encaminhar cada caso ao tratamento especializado, antes que surjam complicações fatais.

Palavras chave: Siliconomas. Ultrassonografia das mamas. Mastectomia.

#### Bibliografia

- 1- Pinto TP, Teixeira FB, Barros CRS et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde pública*. 2017; 33(7): 1-13.
- 2- Dornelas MT, Correia MPD, Barra FML et al. Siliconomas. *Revista brasileira de cirurgia plástica*. 2011; 26(1): 16-21.
- 3- Winer L, Sternberg T, Lehman R et al. Tissue reactions to injected silicone liquids. *Arch Dermatol*. 1964; 90:588-93.
- 4- Chuangsuwanich A, Warnnissorn M, Lohsiriwat V. Siliconoma of the breasts. *Gland Surgery*. 2013;2(1):46-49.
- 5- Brotanck JM, Maguire J, S Benedict. Diffuse siliconoma of the eyelid. 54 Edition. Canada: *Can J Ophthalmol*. 2019.
- 6- Carson B, Cox S, Ismael H. Giant siliconoma mimicking locally advanced breast cancer: A casereport and review of literature. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2018; 54–60.

## **Síndrome HELLP em gestantes com Pré-eclâmpsia**

### **HELLP syndrome in pregnant women with pre-eclampsia**

*Autores: Ana Beatriz Mendes Teixeira<sup>1</sup>, Laryssa Augustinho dos Santos<sup>2</sup>, Luis Roberto Araujo Fernandes<sup>3</sup>*

- 1) Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*
- 2) Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*
- 3) Mestre em ginecologia e perinatologia, Doutor em medicina, Professor assistente de ginecologia, Diretor clínico do hospital Casa de Saúde de Santos e Professor titular de PBM na Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

*Instituição: Universidade Metropolitana de Santos, Santos/SP, Brasil*

*Correspondência: Rua Marechal Mascarenhas de Moraes, 868 Praia Grande/SP. Email: [anabeatrizmt6@hotmail.com](mailto:anabeatrizmt6@hotmail.com) e [laryssasantos0811@gmail.com](mailto:laryssasantos0811@gmail.com)*

*Descritores: Pré-eclâmpsia; síndrome hellp; Ruptura hepática; Exames laboratoriais*

*Keywords: Pre-eclampsia; hellp syndrome; Hepatic rupture; Laboratory tests*

#### **Introdução**

A síndrome HELLP é uma combinação de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e trombocitopenia. Essas características são as que justificam o nome desta doença: H= hemólise, EL= elevação das enzimas hepáticas, LP= baixa contagem de plaquetas (trombocitopenia). Em 1990, não se sabia ao certo a

definição, diagnóstico e tratamento, era uma discussão entre os especialistas da área obstétrica. O que se sabia era que a incidência desta síndrome era prevalente em gestantes a termo, em geral com menos de 36 semanas de gestação com dor epigástrica, mal estar e, em metade dos casos, apresentando sintomas como náuseas e vômitos. <sup>1</sup>

Mesmo com a evolução da medicina, a Síndrome de hellp ainda é um questionamento, já que pode ser confundida com a pré-eclampsia grave. E assim, a gestante não recebe o devido tratamento, resultando na síndrome de hellp em estágio grave, podendo levar a morte da mãe e do bebê. Em julho de 2012 foram feitos diversos estudos que tiveram resultados divergentes entre os autores. Como por exemplo, o aparecimento de eclampsia, dor no abdome superior, náuseas e proteinúria foram mais incidentes em pacientes com síndrome de hellp, e os níveis de desidrogenase láctica, AST e ácido úrico mostraram-se ainda mais elevados em mulheres com síndrome hellp. Por isso, os especialistas ainda não chegaram a um consenso e alegam que é necessário um estudo mais consistente para avaliar os critérios diagnósticos padrão<sup>2</sup>

A incidência da síndrome de hellp varia entre 0,5 a 0,9% das gestações e pode se manifestar no período de 27<sup>a</sup> a 37<sup>a</sup> semana de gestação. Em meados de 2015, a etiopatogenia ainda permanece como uma dúvida e o quadro clínico de dor no abdômen do quadrante superior direito ou dor epigástrica, náusea e vômito pode apresentar outros sintomas inespecíficos, dificultando o diagnóstico<sup>3</sup>. Em meio a esse desafio que é a síndrome de hellp, já conseguimos saber que os exames laboratoriais e exames de imagem são essenciais.

Um dos grandes problemas da síndrome hellp é que as mulheres gestantes podem não apresentar queixa, e assim elas acreditam que a gestação está ocorrendo bem. Mas algumas alterações podem ser encontradas como a elevação da pressão arterial que é um alarmante para os médicos de que possa ocorrer uma eclampsia pós parto iminente<sup>4</sup>. A pressão arterial é a principal, mas pode-se encontrar hemorragias que causam a anemia hemolítica, dispnéia, cefaléia, icterícia, ruptura hepática, entre outros fatores.

## Objetivo

Ressaltar a importância de um acompanhamento adequado da gestante, a fim de evitar futuras complicações. Pelo fato, da Síndrome Hellp ser um caso recorrente nos hospitais da Baixada Santista e que também pode ser confundido com pré-eclâmpsia

## Relato de caso - Metodologia

Paciente do sexo feminino, 40 anos, branca, natural e procedente de Santos. Deu entrada na Casa de Saúde de Santos em 12/11/18 com os seguintes diagnósticos: II gesta I com 27 semanas de gestação.

Diagnóstico obstétrico patológico: re-estrelia funcional, gestante idosa, sobrepeso e síndrome hipertensiva.

A paciente realizou apenas uma consulta, com 16 semanas de gestação, onde foi diagnosticada com hipertensão arterial e medicada com alfametildopa e solicitados os exames da rotina pré-natal, os quais não foram realizados.

Foi admitida com queixa de epigastralgia há uma semana e epistaxe no dia de hoje. Apresentava-se em REG, corada, acianótica e eupnêica. A pressão arterial era de 300 por 180 mmHG, o pulso de 132 pulsações por minuto, afebril e com saturação de 99% pO<sub>2</sub>. O abdome era grávidico com altura uterina de 23 cm, tônus normal, ausência de dinâmica uterina, frequência cardíaca fetal de 144 bat/min. O toque revelou um colo voltado para parede vaginal posterior e impérvio.

Foi internada na UTI, recebendo sulfato de magnésio, esquema de corticoterapia para aceleração pulmonar e hidalazina. Os exames de admissão mais relevantes: TGO de 79 U/l, TGP 117 U/l, bilirrubinas normais e hemograma normal. Na data de 13/11/18: TGO de 13.503 U/l, TGP de 864 U/l, Bilirrubinas: total 1,32 mg%, direta de 1,18 e indireta 0,14 mg%; desidrogenase láctica de 4.949 U/L atividade de protrombina de 49% (INR 1,49) e hemograma: 2.530.000 eritrócitos,

7,5 g/dl de hemoglobina, 23% de hematócrito, leucocitose de 17.900 sem desvio a esquerda e plaquetas de 93.000/mm<sup>3</sup>.

No dia 13/11/18, apresentou quadro de crise convulsiva, piora clínica e laboratorial e com o resultado da ultrassonografia obstétrica que mostrou restrição do crescimento intra-uterino e centralização hemodinâmica fetal, foi indicada a interrupção da gestação. Nesta data foi submetida à cesárea segmentar. Na abertura da cavidade abdominal, foi encontrada grande quantidade de sangue, com útero íntegro. Após a histerotomia, foi feito o parto com RN do sexo masculino, com peso de 930 gramas e APGAR 3/9

Após a histerorrafia, verificou-se que a origem do sangue intra-abdominal era devido a ruptura hepática que foi rafiada.

No pós-operatório foi mantida com hidralazina, alfametildopa, neozine, analgésico e antibiótico. Evoluiu com injúria renal aguda, necessitando de diálise. Recebeu alta da UTI para o quarto em 20/11/18 e alta hospitalar no dia 26/11/18. O RN veio a óbito no dia 03/12/18 por prematuridade, insuficiência renal e sepse.

O diagnóstico de alta foi de gestação de 27 semanas, hipertensão arterial de base com toxemia, síndrome HELLP e ruptura da cápsula de Glisson.

## Discussão

O nosso relato foi escolhido devido ao crescente aumento no número de casos de pacientes com Síndrome HELLP no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Santos. Neste caso, a gestante apresenta alguns dos fatores de risco para esta síndrome, tais como: obesidade, hipertensão arterial, gravidez após 35 anos e pré-natal incompleto. Primeiramente, com a hipertensão arterial na gravidez, foi diagnosticada a pré-eclâmpsia.

Após isso, realizaram-se exames nos quais foram encontradas: queda das plaquetas, alteração das enzimas hepáticas e hemólise, sugerindo a Síndrome HELLP. Estes exames são essenciais para avaliar se há complicações da pré-eclâmpsia e obter um tratamento eficaz e primordial. Outro fator de alerta, além da hipertensão, é a hemorragia, que estava presente nesta paciente, mas não é



comum a todas; podendo resultar em anemia hemolítica, cefaléia e outros sintomas.

Na literatura, encontramos estudos que consistem nas complicações que as gestantes podem enfrentar por não ter dado a devida importância a sua gestação ou por não conseguir um atendimento obstétrico adequado. Foi comprovado através de um estudo de coorte feito na Noruega que as mulheres com um maior tempo de viagem apresentaram aumento no risco de pré-eclâmpsia e de síndrome hellp <sup>5</sup>. E assim, ressalta-se a importância de um acompanhamento médico adequado

O estudo foi feito com gestantes da Noruega, um país que é muito preocupado com a saúde da mulher. Já no Brasil, o setor de Saúde ainda é muito defasado, pois muitas vezes as mães precisam se deslocar para cidades grandes, os hospitais estão superlotados, os médicos irritados por falta de equipamentos acabam sendo rudes com as pacientes, e assim as mães acabam optando por não fazer o exame e acreditam que na hora de dar a luz o bebê estará saudável.

Entretanto, sabe-se que uma grávida que não realiza as consultas de pré-natal corretamente, está sujeita a diversas patologias graves que só podem ser diagnosticadas com o devido tratamento. E analisando o relato de caso, percebemos que a paciente só compareceu a uma consulta, quando já estava com 16 apenas e foi diagnosticada com hipertensão e recebeu os devidos tratamentos, mas depois disso nunca mais retornou e quando já estava com 27 semanas já apresentava um quadro grave.

Portanto, a gestante pode ter recebido um tratamento inadequado cuja importância do pré-natal não ficou tão clara e decidiu não voltar, ou seja, seria uma negligência tanto da gestante como da equipe médica, resultando no óbito do recém-nascido.

## Referências

<sup>1</sup> Sibai MD. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Much ado about nothing?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Memphis. 1990 Feb.; 162(2): 311-6.

<sup>2</sup> Moraes KR, Tavares LC, Machado RH, Yoshimoto W, Olmos CS, Macedo MA, Augusto V, Toledo SF, Guidoni RG, Sousa FL, Rodrigues AB. HELLP syndrome: Challenges for establishing diagnostic criteria. *Preg Hypertension: An Inter Jour of Women's Cardio Health*. 2012 Jul; 2(3): 329.

<sup>3</sup> Dusse LM, Alpoim PN, Silva JT, Rios DR, Brandão AH, Cabral AC. Revisiting HELLP syndrome. *Clini Chimi Acta*. 2015 Dez 7; 451(B): 117-20.

<sup>4</sup> Chan SM, Lu CC, Ho ST, Liaw WJ, Cherng CH, Chen WH, Lin TC. Eclampsia following cesarean section with HELLP syndrome and multiple organ failure. *Acta Anaest Taiwan*. 2008 Mar; 46(1): 46-8.

<sup>5</sup> Engjom HM, Morken NH, Hoydahl E, Norheim OF, Klungsoyr K. Risk of eclampsia or HELLP-syndrome by institution availability and place of delivery – A population-based cohort study. *Preg Hyper*. 2018 Oct; 14: 1-8.

## **Tratamento de Neuromielite óptica por Rituximabe – Relato de caso.**

### **Treatment of Optic Neuromyelitis by Rituximab - Case Report**

*Letícia Chimini Antiqueira<sup>1</sup>*

*Victoria Bakhache<sup>2</sup>*

*Andrea Anacleto<sup>3</sup>*

*1. Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

*2. Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

*3. Professora Assistente da Disciplina de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

*Endereço para correspondência: Universidade Metropolitana de Santos – Avenida Conselheiro Nébias, 536.*

*Endereço eletrônico: [leticiaantiqueira@hotmail.com](mailto:leticiaantiqueira@hotmail.com); [vickbrcc@gmail.com](mailto:vickbrcc@gmail.com)*

#### **Introdução:**

Neuromielite óptica (NMO) é uma doença inflamatória desmielinizante idiopática do sistema nervoso. Atinge os nervos ópticos e a medula espinhal e geralmente possui mal prognóstico. Pode ser comumente confundida com esclerose múltipla (EM), porém quando está totalmente desenvolvida, a NMO é distinguida da EM por uma combinação de achados clínicos, de neuroimagem e de líquido espinhal.<sup>1</sup>

A NMO está relacionada a um marcador de anticorpos altamente específico, o NMO-IgG, tendo como alvo o canal de água aquaporina-4 que é o canal de água dominante no sistema nervoso central, localizado nos processos dos astrócitos no pé da barreira hematoencefálica. Como critérios diagnósticos, os pacientes com

NMO requerem neurite óptica, mielite aguda e dois dos três padrões a seguir: ressonância magnética (RM) cerebral de início da doença que não é diagnóstica para EM, lesão contígua da RM da medula espinhal que se estende por 3 ou mais segmentos vertebrais e NMO-IgG status soropositivo.<sup>2</sup>

Novas estratégias de tratamento utilizando anticorpos monoclonais como rituximabe têm sido avaliadas para NMO, com resultados positivos em estudos abertos. Entretanto, não existem estudos clínicos controlados, randomizados, para confirmar a segurança e eficácia dos tratamentos atualmente utilizados na NMO. O rituximabe é um anticorpo monoclonal quimérico contra a proteína CD20, que é encontrada principalmente na superfície das células B e tem a propriedade de eliminar as células B seletivamente. O rituximabe liga-se ao antígeno na superfície celular, ativando a citotoxicidade da célula B dependente do complemento. Também se liga a receptores Fc humanos, mediando a morte celular através de uma toxicidade celular dependente de anticorpos<sup>3</sup>.

O quadro clínico caracteriza-se pela mielite transversa, extensa longitudinalmente, e neurite óptica uni ou bilateral. Assume-se a forma recidivante na maioria dos casos, em número superior a 80%. A forma monofásica caracteriza-se por um único episódio de mielite transversa e neurite óptica de instalação simultânea ou espaçada por dias. O prognóstico é reservado, com grave repercussão funcional. A sobrevida após cinco anos é cerca de 68% para as formas recidivantes, e de 90% para as formas monofásicas, sendo a principal causa de morte o comprometimento respiratório que ocorre na lesão medular grave. Os quadros agudos de NMO são tratados com pulsos de corticosteroides em altas doses e plasmaférese<sup>4</sup>.

Objetivo: Relatar um caso de NMO em tratamento com Rituximab.

Método: Revisão de prontuário médico e revisão da literatura. Relato do Caso: Paciente 26 anos, sexo feminino, natural e procedente de Santos. Previamente

hígida e sem antecedentes familiares. Aos 19 anos (2012), iniciou quadro de amaurose, por neurite óptica, sendo investigada e diagnosticada com Esclerose Múltipla, sendo então prescrito interferon 1a 22 mcg. Para receber a medicação, a paciente necessitou passar pelo centro de referência em doenças desmielinizantes, quando foi novamente reavaliada e por apresentar novas sintomatologias, como tetraparesia e RM evidenciando lesão medular cervical desmielinizante maior do que 3 corpos vertebrais e líquido com anti aquaporina 4 positivo, foi então diagnosticada com Neuromielite óptica e prescrito azatioprina. Em 2018, a paciente apresentou uma sequência de 3 surtos, com necessidade de internação hospitalar e plasmaferese, com 7 sessões. Após a última internação, a doença foi considerada como refratária ao tratamento com azatioprina, sendo então prescrito rituximabe.

Discussão: A evolução desse caso assemelha-se aos descritos na literatura pela grave disfunção visual bilateral e múltiplos eventos restritos a medula espinhal e nervo óptico. Pela gravidade da doença, novas estratégias de tratamento devem ser avaliadas. Nesse caso, utilizamos anticorpos monoclonais, rituximab, com resultados positivos em nossa paciente.

Novas estratégias de tratamento utilizando Rituximabe têm sido avaliadas para NMO, com resultados positivos em estudos abertos. Entretanto, não existem estudos clínicos controlados, randomizados, para confirmar a segurança e eficácia dos tratamentos atualmente utilizados na NMO.<sup>5</sup>

Palavras-chave: Neuromielite óptica; Rituximabe; Doença inflamatória desmielinizante.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lennon VA, Wingerchuk DM, Kryzer TJ, et al. A serum autoantibody marker of neuromyelitis optica: distinction from multiple sclerosis. *Lancet* 2004;364:2106-2112.
2. Wingerchuk DM, Hogancamp WF, O'Brien PC, Weinshenker BG. The clinical course of neuromyelitis optica (Devic's syndrome). *Neurology* 1999;53: 1107-1114.
3. JACOB A, BOGGILD M: Neuromyelitis óptica. *Practical Neurology* 2006;6:180-4.
4. Imamura H, Tanaka M., Kitagawa N, et al. Ensaio de rituximab em três pacientes com neuromielite óptica. *Rinsho Shinkeigaku* 2009; 49: 457-462.
5. Capobianco M, Malucchi S, de Sapio A, et al. Respostas variáveis ao tratamento com rituximabe na neuromielite óptica (doença de Devic). *Neurol Sci* 2007; 28: 209-211.

## **Asfixias complexas: enforcamento, estrangulamento e esganadura**

### **Revisão da literatura**

*Autores: Alexandre Catena Volpe<sup>1</sup>, Fernanda Henriques de Sousa<sup>1</sup>, Isabella Cipriani<sup>1</sup>, Maria Claudia Pereira Baptista<sup>1</sup>, Dra. Neusa Maria Esteves Bittar<sup>2</sup>*

*1.Acadêmica do Curso de Medicina da UNIMES*

*2.Médica e advogada, professora universitária de medicina legal e criminologia.*

*Endereço eletrônico: isbellacip\_27@hotmail.com*

1. Palavras chaves: asfixia, enforcamento, esganadura, estrangulamento.

2. Introdução:

Os seres vivos adquirem energia através da queima de substâncias nutritivas provenientes da digestão de alimentos e o oxigênio muitas vezes participa desse mecanismo. Em uma situação de perigo decorrente da ausência de oxigênio, o organismo é capaz de suportar essa diminuição por conta de reservas já determinadas. Se as necessidades forem superiores ao aporte do gás, células sofrerão alteração em seu metabolismo como tentativa de compensar essa carência. Porém, ultrapassado o limiar de tolerância, danos irreversíveis são estabelecidos, ocasionando, diante desse contexto, a morte celular.<sup>1</sup>

3. Asfixia

3.1 Definição:

É o estado que se caracteriza por hipoxia e hipercapnia no sangue arterial. Nas asfixias mecânicas, entre as quais se enquadram as abordadas neste trabalho, o oxigênio não chega aos alvéolos.<sup>2</sup>

A privação do gás pode ocorrer de diferentes formas: completa ou incompleta, violenta ou natural, rápida ou lenta, externa ou interna, e acontece pela falta de oxigênio no meio ambiente, obstrução mecânica das vias respiratórias ou impossibilidade de realizar a inspiração ou a expiração.<sup>3</sup>

No passado, a asfixia foi utilizada como meio de execução em penas de morte e atualmente ainda faz parte de práticas de suicídios e homicídios. O presente trabalho tem interesse específico em evidenciar os diferentes mecanismos envolvidos nas asfixias mecânicas por obstrução das vias respiratórias decorrentes de constrição cervical.<sup>2</sup>

## 4. Discussão

### 4.1 Enforcamento:

#### 4.1.1 Conceito

Enforcamento é a constrição do pescoço por um laço cuja extremidade se acha fixa a um ponto, agindo o próprio peso da pessoa como força.<sup>3</sup> Essa constrição leva à compressão da traqueia ou rechaço da base da língua contra a parede posterior da faringe.

#### 4.1.2 Fisiopatologia

A morte no enforcamento pode ser rápida, por inibição reflexa ao choque laríngeo e à irritação dos seios carotídeos, ou tardia (até 10 minutos), dependendo da intensidade da constrição, das lesões locais ou à distância (danos medulobulbares).<sup>2</sup>

Existem três fenômenos que ocorrem durante o enforcamento: período inicial, segundo período e terceiro período. O período inicial consiste na constrição do feixe vâsculo-nervoso do pescoço, comprometendo a circulação cerebral e



desencadeando sensação de calor, zumbidos e perda rápida da consciência.<sup>1</sup> O segundo período é o respiratório, que determina a impossibilidade do livre trânsito do ar atmosférico devido à obstrução das vias aéreas pelo laço ao nível do osso hioide e pelo rechaço da base da língua contra a parede posterior da faringe, promovendo hipoxemia seguida de hipercapnia, com convulsões, além de fenômenos ligados à paralisia do pneumogástrico. Já o terceiro período agrega apneia, parada cardíaca e morte.<sup>4</sup>

#### 4.1.2 Exame necroscópico

No enforcamento, o sulco é oblíquo ascendente, possui profundidade variável, sendo mais profundo na parte oposta ao nó, e mais superficial ou interrompido na região do nó, ficando por cima da cartilagem tireóide. A posição em que o cadáver se encontra consiste na cabeça voltada para o lado contrário ao nó e o queixo encostado no tórax.

A coloração da face pode ser branca ou roxa, sendo as equimoses palpebrais e conjuntivais raras. Já a língua, apresenta-se azul-arroxeadada projetada para trás. Líquido e espuma sanguinolenta são vistos na boca e narinas. Os olhos apresentam-se protusos e o pavilhão auricular violáceo, ocorrendo eventualmente otorragia.<sup>5</sup>

### 4.2 Estrangulamento:

#### 4.2.1 Conceito

Semelhante ao enforcamento, o estrangulamento também se trata de uma asfixia mecânica por constrição do pescoço por laço tracionado. Contudo, a tração responsável por gerar a asfixia é realizada por qualquer força que não seja o peso da própria vítima.<sup>6</sup>

#### 4.2.2 Fisiopatologia

O estrangulamento está relacionado com asfixia, obliteração dos vasos e dos nervos da região cervical.<sup>6</sup> A asfixia ocorre pela situação do laço, que é mais decisiva do que no enforcamento, sendo que uma força de aproximadamente 25 kg aplicada ao laço já é suficiente para obliteração da traqueia e fechamento da fenda glótica, impedindo que o ar passe para os pulmões. Somando-se a isso, ocorre também a compressão do feixe vículo-nervoso do pescoço, envolvendo especialmente as artérias vertebrais e carótidas comuns, gerando um comprometimento da circulação cerebral grave e morte. Por sua vez, a compressão dos nervos do pescoço promove a morte por inibição do sistema nervoso central.<sup>2</sup>

#### 4.2.3 Exame necroscópico

A análise do sulco é horizontal, com profundidade uniforme, sem interrupções e localizado no meio do pescoço. A oclusão quase total da circulação venosa do pescoço do cadáver deixa-o geralmente com a face inchada e arroxeadada em decorrência da dificuldade de retorno venoso. Além disso, pode ocorrer a saída de espuma rósea ou sanguinolenta das narinas e boca. A coloração da língua passa a ficar escura e pode projetar-se para além das arcadas dentárias. O pescoço, a face, as conjuntivas e a face anterior do tórax podem apresentar equimoses com saída de sangue pelo ouvido.<sup>7</sup>

### 4.3 Esganadura:

#### 4.3.1 Conceito

É a forma de asfixia mecânica provocada pela constrição do pescoço diretamente com as mãos ou outras partes do corpo do agressor, causando a obstrução da

passagem do ar atmosférico pelas vias respiratórias até os pulmões. A esganadura é prática relacionada a homicídio, infanticídio ou crimes sexuais, exigindo desproporção de forças. É sempre homicida, sendo impossível a forma suicida ou acidental.<sup>1</sup>

#### 4.3.2 Fisiopatologia:

Em relação a esganadura dificilmente é possível precisar os períodos exatos de tempo decorrido até a morte, que pode ser por asfixia ou inibição causada pela compressão dos elementos nervosos do pescoço. Esse tipo de trauma vem sempre acompanhado de outras lesões, principalmente traumáticas provenientes de outras agressões como ferimentos na região posterior da cabeça, equimoses ao redor da boca ou escoriações nas mãos e nos antebraços decorrentes da (lesões de defesa).<sup>8</sup>

#### 4.3.3 Exame necroscópico

Pode-se encontrar sinais externos locais, principalmente aqueles produzidos pelas unhas do agressor, no qual normalmente possui de forma semilunar, apergaminhados de tonalidade pardo amarelada conhecidos com estigmas ou marcas ungueais, além de rastros escoriativos.

No caso de o agressor usar a mão direita, aparecem essas marcas em maior quantidade no lado esquerdo do pescoço da vítima. Em alguns casos, podem surgir escoriações de várias dimensões e sentidos, devido as reações da vítima ao defender-se. Finalmente, as marcas ungueais podem não existir se o agente conduziu a constrição do pescoço, protegido por objetos ou utilizou braços ou pernas.

Podemos também encontrar infiltração hemorrágica das estruturas profundas do

pescoço; lesões do aparelho laríngeo por fraturas de cartilagens tireóide e cricóide e dos ossos estilóide e hioideo além de lesões dos vasos do pescoço.<sup>8</sup>

## 5. Conclusão

Diante do exposto, nem sempre a compressão das vias respiratórias é o principal mecanismo no desencadeamento da morte nas constrições cervicais, uma vez que outras estruturas existentes no pescoço também são afetadas.

Nessas asfixias complexas, leva-se em consideração a morte por asfixia mecânica, por obstrução circulatória e por inibição.<sup>2</sup>

No enforcamento, a obstrução mecânica circulatória das artérias carótidas comuns e vertebrais é mais precoce do que a obstrução das vias respiratórias. Já na morte por inibição, a constrição exercida pelo laço lesa os nervos vagos e os seios carotídeos determinando a morte.

Diferentemente, pela posição do laço no estrangulamento, a compressão das vias respiratórias é mais decisiva no desencadeamento da morte.<sup>4</sup>

Já nas esganaduras, a morte pode ser desencadeada por asfixia ou inibição causada pela compressão dos elementos nervosos do pescoço.

## 6.Referências

- 1- Hercules CH. Medicina Legal – Texto e atlas 2.th ed. São Paulo: Atheneu, 2014
- 2- Moreira AA, Oliveira KV. Asfixia: conceito, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. ABCMED. 2014. Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/566162/asfixia-conceito-sinais-e-sintomas-diagnostico-tratamento-e-prevencao.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2019.
- 3- Baltazard VP. Médecine Légale. 2ª ed. Librairie JB: Paris; 1998.
- 4- Almeida A, Costa O. Licções de medicina legal. 18ª ed. Companhia editora nacional: SP; 1985.
- 5- Brouardel P. La Pensaison, la strangulation, la suffocation, la submersion. Librairie JB: Paris;1987
- 6- Di maio DJ, Di Maio VJ. Asphyxia. em:Forensis pathology.Boca Ratón,1993,p.207-51.
- 7- Favero F.Energias de ordem físico-química. Em Medicina Legal.São Paulo,1966, p.346-83.
- 8- Macedo MA, 2014. Enforcamento, Estrangulamento e Esganadura. Disponível em: <https://tanatopraxiadf.blogspot.com/2014/04/enforcamento-estrangulamento-e.html>. Acesso em 17 de agosto de 2019
- 9- SOBOTTA, Johannes et al.. Sobotta atlas de anatomia humana. 23. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 3 v.

## **Biodisponibilidade comparativa de duas formulações de hemitartrato de Zolpidem em voluntários humanos saudáveis brasileiros.**

*Gustavo D. Mendes<sup>2,3</sup>, Júlio César Rodrigues<sup>2</sup>, Thais da Silva Pereira<sup>1</sup> e Gilberto De Nucci<sup>1,2,3</sup> \**

*1Departamento de Farmacologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas / SP, Brasil*

*2Departamento de Farmacologia, Universidade Metropolitana de Santos, Santos, Brasil*

*3Departamento de Farmacologia, Faculdade de Medicina, São Leopoldo Mandic, Campinas, Brasil*

Título: Estudo comparativo de biodisponibilidade de Zolpidem

Palavras-chave: espectrometria de massa em tandem, LC / MS / MS, biodisponibilidade, farmacocinética

\* Autor para correspondência:

Gustavo Duarte Mendes, DDS, PhD.

415 Jesuino Marcondes Machado Ave - Campinas, SP, Brasil

Código Postal: 13092-320 - Fax: 55 19 3252-1516

E-mail: mendesgd@yahoo.com.br

### Sumário

Introdução: O zolpidem, um agente não benzodiazepínico, é hipnosedativo derivado da imidazopridina, que tem uma forte ação sedativa com propriedades ansiolíticas, relaxantes musculares ou anticonvulsivantes. Zolpidem diminui o tempo para o início do sono e aumenta a duração do sono com efeito nos estágios do sono<sup>1-4</sup>.

Objetivo: Avaliar a bioequivalência de 2 formulações de hemitartrato de zolpidem [Formulação de teste: hemitartrato de zolpidem (comprimido orodispersível de 5 mg) fabricado pela Biolab Sanus Farmaceutica Ltda; Formulação de referência: hemitartrato de zolpidem (comprimido sublingual Patz SL 5 mg) da Novamed Fabricação de produtos farmacêuticos Ltda] em 30 voluntários saudáveis de ambos os sexos, 15 homens e 15 mulheres.

Métodos: O estudo foi conduzido usando um delineamento cruzado aberto, aleatório e de dois períodos, com intervalo de pelo menos 7 dias. As amostras de plasma foram obtidas durante um período de 24 horas. As concentrações plasmáticas de zolpidem foram analisadas por cromatografia líquida acoplada à espectrometria de massa em tandem (LC-MS-MS) com ionização por eletropulverização de íons positivos usando monitoramento de reação múltipla (MRM). Os seguintes parâmetros farmacocinéticos foram obtidos a partir da concentração plasmática de zolpidem versus curvas de tempo: ASClast, ASCinf e Cmax. Resultados: O limite de quantificação para zolpidem foi de 1 ng.mL<sup>-1</sup>. Em nosso estudo, a ASC, Cmax, Ke, t<sub>1/2</sub>, Vd e CL foram em média de 43% a 47%, 53,87% a 57,47%, 142,86% a 148,43, 74,27 a 75,99%, 175,20% a 186,52 e 273,24% a 296,07 % maior nas mulheres do que nos homens que receberam a mesma dose (5 mg), respectivamente. A média geométrica com intervalo de confiança (IC) correspondente a 90% para as razões de teste / referência de referência foi de 99,73% (IC 93,69 a 106,16) para a Cmax, 97,44% (IC de 90% = 91,85 - 103,37%) para a AUClast e 98,30% (90% CI = 92,48 - 104,49) para AUCinf. Conclusão: Como o IC de 90% para as razões AUClast, AUCinf e Cmax estava dentro do intervalo de 80 a 125% proposto pelo FDA dos EUA, concluiu-se que a formulação de hemitartrato de zolpidem (comprimido orodispersível de 5 mg) fabricada pela Biolab Sanus Farmaceutica Ltda é bioequivalente a a formulação de hemitartrato de zolpidem (comprimido sublingual Patz SL 5 mg) em relação à taxa e à extensão da absorção.

Referências Bibliográficas

1. Hoehns JD, Perry PJ. Zolpidem: a nonbenzodiazepine hypnotic Dose for treatment of insomnia. Clin Pharm 1993; 12 (11): 814-28.
2. Langtry HD, Benfield P. Zolpidem: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic potential. Drugs 1990; 40 (2): 291-313.
3. Holm KJ, Goa KL. Zolpidem: an update of its pharmacology, therapeutic efficacy and tolerability in the treatment of insomnia. Drugs 2000; 59 (4): 865-89.
4. Salva P, Costa J. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of zolpidem: therapeutic implications. Clin Pharmacokinet 1995;29:142–53.



## EFEITOS DA INGESTÃO DE SUCO DE UVA SOBRE A RECUPERAÇÃO DA DOR DE PRATICANTES DE CROSSFIT®

<sup>1</sup>Vitória Pito Giannoni; <sup>1</sup>Sabrina Rivera Martins Corrêa; <sup>2</sup>Jean Carlos Silvestre

<sup>1</sup>Estudante do curso de nutrição da Universidade Católica de Santos

<sup>2</sup>Docente da Universidade Católica de Santos e da Universidade Metropolitana de Santos

Introdução: O crossfit® é uma modalidade com movimentos funcionais e esportivos em alta intensidade envolvendo uma mistura de vários exercícios sincronizados, como ginástica, levantamento de peso, levantamento olímpico, corrida, remo e atividades de resistência<sup>1, 2</sup>. Para que o indivíduo alcance o objetivo geral, o crossfit® visa realizar movimentos funcionais constantes e variados, de alta intensidade e com pouco tempo de recuperação, promovendo o condicionamento do indivíduo <sup>3</sup>. No entanto, as realizações frequentes de exercícios físicos de alta intensidade ou exaustivos são bem descritos na literatura científica como potenciais geradores de espécies reativas de oxigênio (EROs) podendo aumentar a suscetibilidade a lesões, promover a fadiga crônica e o *overtraining*. Podemos então, correlacionar que o crossfit® praticado de forma desenfreada e com o excesso de treino, é capaz de prejudicar o organismo em diversos aspectos, gerando, inclusive, prejuízos maiores como lesões. Isso ocorre em função do número exacerbado de espécies reativas de oxigênio formadas no organismo desses indivíduos, fazendo com que o desempenho e recuperação sejam comprometidos. Por esse motivo, se faz necessário um método preventivo para a redução de ERO<sup>4</sup>. A modalidade recomenda que uma dieta rica em antioxidantes pode ser uma importante estratégia capaz de garantir proteção ao sistema biológico contra os processos gerados a partir de reações oxidativas<sup>5</sup>. Esses antioxidantes têm como finalidade essencial de manter o processo de oxidação em níveis normais no organismo e dessa forma impedir danos, lesões e como boa estratégia, melhorar a recuperação dos praticantes de crossfit®.

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito do consumo de suco de uva sobre a recuperação da dor de praticantes de crossfit® após a ingestão de suco de uva ou bebida placebo, bem como, analisar a massa corporal e composição corporal dos praticantes de crossfit®.

Metodologia: O estudo é de caráter longitudinal, duplo cego, randomizado, com placebo e foi realizado no box de Crossfit® It's time da cidade de Santos. Foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Santos sob parecer nº 3.256.609 no ano de 2018. Participaram do estudo 12 praticantes de ambos os sexos, com idade média de  $27,25 \pm 4,35$  anos. Foi aplicado um questionário com o intuito de entendermos melhor sobre os horários de treinos, uso de suplementos e padrão alimentar. A medida de massa corporal (kg) foi coletada através de uma balança digital. A estimativa do percentual de gordura corporal foi realizada a partir das medidas de sete dobras cutâneas e pela equação de Jackson e Pollock <sup>6</sup>. O estudo durou dez dias. Ao longo das duas semanas os participantes foram divididos randomicamente em dois grupos: suco de uva e placebo. A ingestão das bebidas foi realizada diariamente, com 300 ml de cada bebida. O suco de uva ofertado foi um suco integral de mercado rico em antioxidantes, enquanto a bebida placebo foi um suco em pó, artificial, sabor uva, e sem qualquer antioxidante. A ordem de participação no teste foi definida por sorteio, de maneira que cada indivíduo foi seu próprio controle. Os indivíduos realizaram dez treinos em dez dias – um treino por dia, *workout of the day* (WOD), orientados por seu técnico em duas ocasiões distintas, na primeira ocasião um número de participantes fez a ingestão da bebida teste (suco de uva) e posteriormente da bebida placebo, o mesmo ocorreu com o restante dos participantes, porém de forma inversa em relação às bebidas. Antes do início de cada dia de exercício os voluntários responderam a escala de dor (EVA) referente à dor muscular tardia, bem como uma escala de esforço após o final de cada sessão de treino. Os dados foram tabulados em planilha do *Software Excel*®, versão 2010, e dispostos em tabelas, considerando-se números absolutos e proporções (Análise descritiva). Os dados estão apresentados como média e desvio padrão. Foi utilizada

análise de variância (ANOVA) de uma via para detectar diferenças intergrupos. Foi aceito nível  $\alpha \leq 0,05$ .

### Resultados e discussão:

Participaram do estudo 12 praticantes de Crossfit®, sendo 5 atletas do sexo feminino e 5 atletas do sexo masculino, maiores de 18 anos, com idade média de  $27,25 \pm 4,35$  anos.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

	MÉDIA	DP
Idade (anos)	27,25	$\pm 4,35$
Massa corporal (kg)	57,82	$\pm 10,20$
Estatura (m)	1,67	$\pm 0,08$
% Gordura Corporal	15,84	$\pm 9,4$

Dados apresentados em média  $\pm$  desvio-padrão. Legenda: kg = quilogramas; m = metros.

Na figura 1 é descrito a média da análise da escala visual analógica de dor dos grupos.

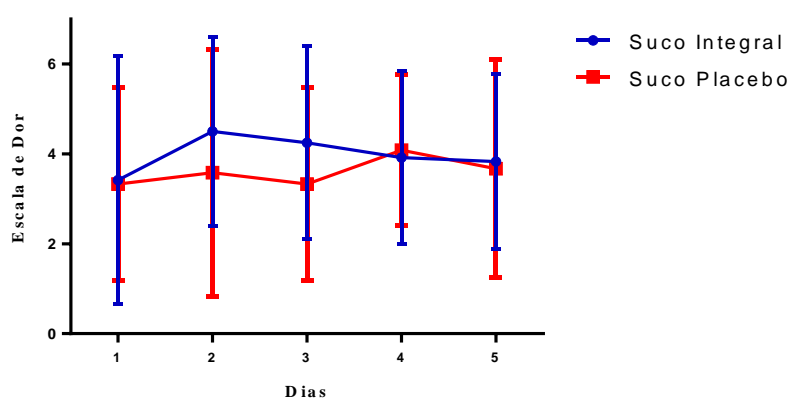


Figura 1. Análise da escala visual analógica de dor. Todos os dados apresentados como média  $\pm$  DP.

Na figura 2 é descrito a média da análise da escala de percepção subjetiva de esforço dos grupos.

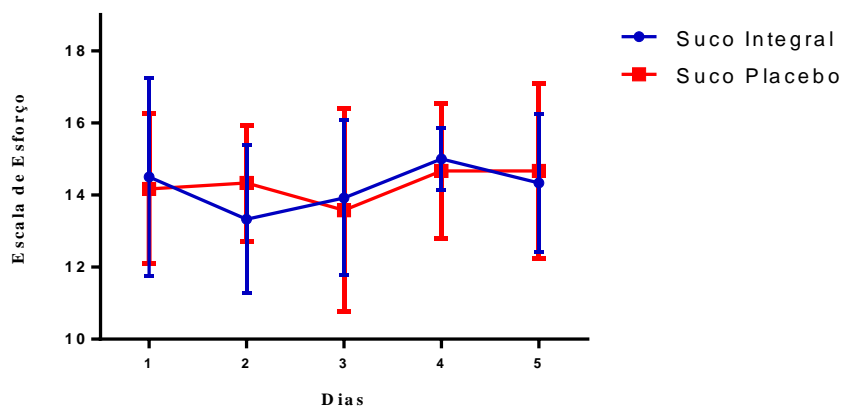


Figura 2. Análise da escala de percepção subjetiva de esforço. Todos os dados apresentados como média±DP.

Ao analisar a figura 2, representada pela escala de esforço (PSE), observamos que não houve diferenças significativas do suco integral para o suco placebo. Nós hipotetizamos que a baixa ingestão de macro e micronutrientes na dieta do participante possa ter influenciado na escala de esforço. Ainda, outros estudos avaliando desempenho e marcadores de lesão celular podem elucidar melhor nosso entendimento se a ingestão do suco de uva possui uma quantidade pouco significativa na dieta dos praticantes de Crossfit®.

Assim como a escala de esforço, a escala de dor (EVA), apresentada na figura 1, também não obteve diferenças entre o suco integral e o suco placebo e acreditamos que possa ter ligação com a escala de esforço e excesso de treino. Além disso, acreditamos que o suco possa ter auxiliado, mas não tenha sido o suficiente para melhor relação "esforço x dor x treino intenso".

Algumas limitações do estudo devem apresentar destaques, como o número reduzido de indivíduos, uma vez que trabalhamos somente com indivíduos que

praticam treinos de planilhas, o que torna mais difícil o recrutamento de um grande número de sujeitos.

Conclusão:

O presente estudo não apresentou mudanças significativas na escala de dor e esforço com a ingestão de suco de uva integral e o suco de uva placebo. Assim, os dados coletados nesse trabalho, apontam a necessidade de se realizar novos estudos com a suplementação de suco de uva e indicadores sanguíneos, para melhores resultados sobre o consumo de antioxidantes e sua influência na recuperação.

Palavras-chave: Crossfit®, Suco de uva, Escala de dor, Escala de esforço, Suplementação.

## REFERÊNCIAS

1. Weisenthal BM, Beck CA, Maloney MD, DeHaven KE, Giordano BD. Injury Rate and Patterns Among CrossFit Athletes. *Orthopaedic journal of sports medicine*. 2014;2(4):2325967114531177
2. Freitas Victor Hugo de Miloski Bernardo, Bara Filho Maurício Gattás. Quantificação da carga de treinamento através do método percepção subjetiva do esforço da sessão e desempenho no futsal. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* [Internet]. 2012
3. Paine, Jeffery, James Uptgraft, Ryan Wylie. "CrossFit study." *Command and General Staff College* p. 1-69, 2010.
4. Bianchi Maria de Lourdes Pires, Antunes Lusânia Maria Greggí. Radicais livres e os principais antioxidantes da dieta. *Rev. Nutr.* [Internet]. 1999
5. Bueno, Bruna Aparecida, Ribas, Marcelo Romanovitch, Bassan, Julio Cesar. Determinação da ingestão de micro e macro nutrientes na dieta de praticantes de

Crossfit. RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva, v. 10, n. 59, p. 579-586, 2016.

6. Jackson AS, Pollock ML. Generalized equations for predicting body density of men. The British journal of nutrition. 1978;40(3):497-504.

## **Espasmo Hemi-facial: Tratamento com Toxina Botulínica Tipo A**

### **Hemifacial Spasm: Botulinum Toxin Type A Treatment**

*Autores: Vinicius Lúcio de Barros<sup>1</sup>, Matheus Garcez Jorge Mariani<sup>1</sup>, Bruna Luiza Pelicer<sup>1</sup>, Luiza Soares de Melo Costa<sup>1</sup>, Mauro Gomes Araujo<sup>2</sup>.*

*<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de medicina na Universidade Metropolitana de Santos UNIMES*

*<sup>2</sup> Professor da disciplina de Neurologia da UNIMES e Preceptor da Liga de Neurologia e Neurocirurgia da UNIMES.*

*Email para contato: vinibarros90@yahoo.com*

Palavras- chave

Espasmo, nervo facial, toxina.

Introdução

O espasmo hemifacial (EHF) caracteriza - se por contração clônica ou tônica involuntária unilateral sincrônica dos músculos inervados pelo sétimo nervo craniano. Os espasmos começam como uma contração da pálpebra inferior, que segue para os músculos periorbitais, faciais, periorais e platisma (Figura 1), levando frequentemente a embaraço social e interferência na visão e no fechamento involuntário dos olhos <sup>1</sup>.

Existem algumas terapias para o tratamento da EHF porém, o uso da Toxina Botulínica Tipo A (BTX-A) tem se tornado padrão ouro de acordo com a literatura.

Objetivo

Revisar a literatura sobre o tratamento do espasmo hemi-facial com a toxina botulínica do tipo A, método terapêutico não invasivo, devido a sua relevância para a melhoria do quadro clínico e efeitos benéficos que traz ao paciente.

## Método

Revisão de literatura sistematizada pelas bases de dados Pubmed e Scielo no período de 2000 até 2016. Foram selecionados os artigos que abordassem o Espasmo hemifacial e o tratamento com toxina botulínica do tipo A.

## Desenvolvimento

Embora o mecanismo do EHF ainda não seja compreendido, a hipótese mais aceita para a etiologia do EHF é a compressão da alça vascular na zona de saída da raiz do nervo facial, seja pelo tamanho diminuído da calota craniana deixando o nervo facial mais vulnerável a compressão ou por hipertensão arterial, responsável pela tortuosidade das alças vasculares e também pelo espasmo hemifacial<sup>2</sup>. Entretanto, há relatos de outras hipóteses como: a hiperexcitabilidade facial de neurônios motores, provocados de alguma forma pelo excesso atividade aferente, além da estimulação antidrômica e síndrome neurológica após traumatismo cranioencefálico<sup>3</sup>.

O Espasmo hemifacial é classificado como (1) espasmo hemifacial primário ou idiopático (presumivelmente causado por compressão vascular do nervo facial ipsilateral) (2) espasmo hemifacial hereditário (3) causas secundárias que incluem lesão do nervo facial, desmielinização e insultos vasculares cerebrais (4) Mimetizadores EHF (psicogênicos, tiques, distonia, mioclonia, miokymia, myorthymia e espasmo hemimastatório) <sup>4</sup>.

Há diferentes terapias como o uso de Anticonvulsivantes (carbamazepina e clonazepam) que só devem ser usados para apresentações leves, cirurgia microvascular sendo outra forma de tratamento com uma taxa de sucesso que varia de 38,2% a 87%, de acordo com a literatura, entretanto é um procedimento invasivo que pode levar a complicações graves e é contraindicado para idosos, pacientes com doenças sistêmicas graves e pacientes cujos sintomas não são causados pela compressão vascular. Portanto, a terapia padrão ouro para tratar EHF desde os anos 80 é um tipo de toxina botulínica A (BTX-A) que proporciona alívio dos



sintomas e melhor qualidade de vida em cerca de 85% a 95% dos casos segundo a literatura <sup>5</sup>.

A toxina botulínica tipo A é uma exotoxina que causa bloqueio pré-sináptico na junção neuromuscular inibindo a liberação de Acetilcolina. O efeito de a toxina é reversível e os pacientes temporários devem ter injeções regulares para controlar as manifestações clínicas da doença. Portanto, é essencial investigar a eficácia e duração do efeito das injeções de BTX-A durante o tratamento da EHF. No entanto, poucos estudos analisaram a eficácia a longo prazo da toxina no tratamento de EHF no Brasil. Sabe-se que alguns efeitos colaterais podem aparecer, sendo o mais comum a ptose palpebral. Todavia, não há relatos de quaisquer efeitos adversos sistêmicos ou graves <sup>6</sup>.

Estudos demonstraram que o uso da toxina botulínica a longo prazo fez com que 100% dos pacientes demonstrassem pelo menos 75% de melhora de seus sintomas após tratamento botulínico<sup>7</sup>.

## Conclusão

Em um cenário no qual o tratamento medicamentoso da EHF é invasivo e sintomático, podendo acarretar complicações graves, a Toxina Botulínica A (BTX-A), consagrada atualmente padrão ouro no tratamento, surge como excelente saída - altamente efetiva e favorável. Para o futuro, são necessários mais estudos referentes à sua efetividade e tolerância a longo prazo além da supressão de seus

## Músculos da Expressão Facial

### Vista Anterior

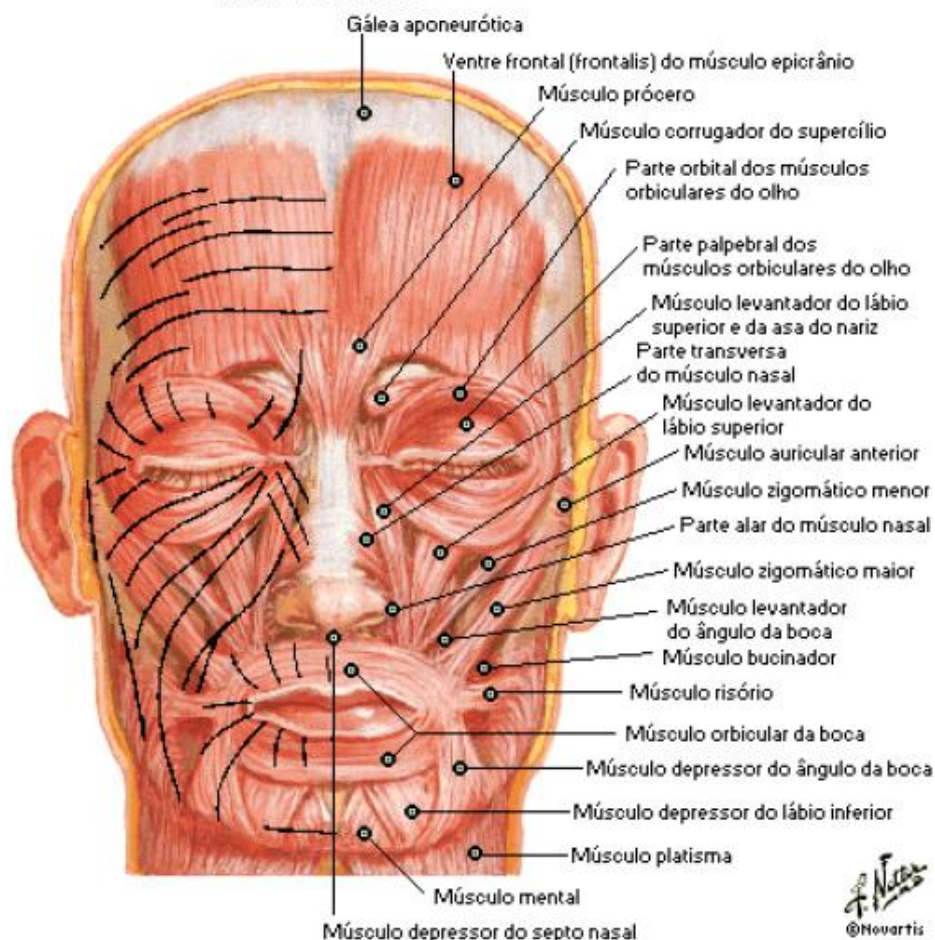


Figura 1- Músculos da Face. Fonte: Atlas de Anatomia Humana, Netter.

#### Referências:

- 1- Wang HC, Lu CH, Lee RJ, Yang TM, Hung KS. Post-traumatic hemifacial spasm. JClin Neurosci. 2006 Jul;13(6):681-3

- 2- Chang JW, Chang JH, Choi JY, et al. Role of postoperative magnetic resonance imaging after microvascular decompression of the facial nerve for the treatment of hemifacial spasm. *Neurosurgery* 2002;50:720-5.
- 3- Martinelli P, Giuliani S, Ippoliti M. Hemifacial spasm due to peripheral injury of facial nerve: a nuclear syndrome? *Mov Disord* 2000;7:181-4.
- 4- Yaltho TC, Jankovic J. The many faces of hemifacial spasm: differential diagnosis of unilateral facial spasms. *Mov Disord*. 2011 Aug 1;26(9):1582-92.
- 5- Felicio AC, Godeiro Junior CO, Borges V, Silva S, Ferraz HB. Clinical assessment of patients with primary and postparalytic hemifacial spasm: a retrospective study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(3B):783-6.
- 6- Chen S. Clinical uses of botulinum neurotoxins: current indications, limitations and future developments. *Toxins (Basel)*. 2012 Oct;4(10):913-39.
- 7- Jabbari B. History of Botulinum Toxin Treatment in Movement Disorders. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*. 2016 Nov 28;6:394.

## **Relato de Caso: Fibrilação atrial paroxística em paciente ambulatorial com palpitações e Holter com ritmo sinusal: Eletrocardiograma de crise pode ser a única opção diagnóstica**

*Ariane Fátima Furtado Luiz<sup>1</sup>; Fernanda Martins Pons<sup>1</sup>; Isadora Dicher Reimão Curraladas<sup>1</sup>; Paulo Vinícius Ramos Souza<sup>2</sup>; Carlos Alberto Cyrillo Sellera<sup>2</sup>; William da Costa<sup>2</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>*

### Introdução

A Fibrilação Atrial (FA) é uma arritmia supraventricular determinada por atividade elétrica atrial desorganizada, concomitante a múltiplos focos de despolarização atrial<sup>4</sup>. O diagnóstico se dá através da eletrocardiografia, identificando intervalos R-R totalmente irregulares juntamente à ausência de atividade elétrica atrial organizada<sup>4</sup>.

A Fibrilação Atrial Paroxística define-se como aquela que é revertida espontaneamente ou com intervenção médica em até 7 dias<sup>1</sup>, muitas vezes a duração pode ser muito curta, de minutos a poucas horas, o que pode dificultar o diagnóstico desta arritmia.

### Palavras-chave

Fibrilação Atrial Paroxística, Palpitações.

### Relato do Caso

S.A.C.A.V, 60 anos, sexo feminino, do lar, comparece ao ambulatório da UNIMES com queixa de palpitações taquicardicas e pré-síncope com piora há 4 meses. Nega outros antecedentes pessoais. Trazia consigo 2 Holter realizados previamente sem alterações que chamassem a atenção. Ao exame físico a paciente apresentava-se com frequência cardíaca de 76 batimentos por minuto e ritmo regular, pressão arterial 124x82mmHg, sem sinais de congestão ou baixo

débito cardíaco. Realizado eletrocardiograma (ECG) na consulta que evidenciou ritmo sinusal. Foram solicitados teste ergométrico (TE) e holter, e orientado à paciente que procurasse o pronto socorro para realização ECG de crise em caso de recorrência do quadro.

Após 1 mês, paciente retorna ao ambulatório, com piora dos sintomas, e relata que no dia anterior procurou um serviço de emergência, onde foi realizado ECG que evidenciou ritmo de fibrilação atrial (Figura 1), que segundo relato foi revertido espontaneamente. Trouxe também novo holter sem sinais de arritmias e (TE) eficaz sem sinais de isquemia ou arritmias. Por estar em ritmo sinusal na consulta, foi optado então por iniciar tratamento antiarrítmico com Propafenona. Não foi iniciado anticoagulação uma vez que a paciente apresentava Escore de CHADS VASC de 1 ponto (Figura 2)

Paciente retorna em consulta ambulatorial com melhora das crises porem com relato de intolerância a medicação prescrita, sendo então trocado por Amiodarona. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, com melhora importante dos sintomas, aguardando ablação atrial.

## Discussão

No caso relatado, a paciente tinha sintomas há anos com piora nos últimos meses, e em nenhum momento havia sido flagrado tal arritmia, mesmo em monitorização eletrocardiográfica continua por 24h (Holter).

Com o avanço tecnológico, temos outras opções de métodos diagnósticos como a monitorização eletrocardiográfica prolongada por 7 dias e até implante de dispositivos de monitorização como o Looper, o qual pode ficar por meses monitorando o paciente. Todavia são exames que não são disponíveis no sistema único de saúde, e por isso, a orientação ao paciente da realização do eletrocardiograma no momento da crise torna-se uma poderosa ferramenta diagnóstica, como relatamos no caso.

Para a manutenção do ritmo sinusal, são utilizados fármacos antiarrítmicos no tratamento de FA. Estudos demonstram que a amiodarona é mais eficaz que o

sotalol ou a propafenona na prevenção de recorrências da FA<sup>3</sup>. A terapia invasiva da FA por meio da ablação por cateter pode ser considerada, principalmente após falha no tratamento primário com antiarrítmicos, levando a uma terapêutica secundária. Sendo os pacientes que melhor respondem a este tipo de tratamento, os que apresentam FA paroxística, átrios de tamanho normal e fração de ejeção preservada.

## Conclusão

A orientação ao paciente com quadro de palpitações e síncope, da realização do eletrocardiograma de crise pode ser uma importante ferramenta diagnóstica, principalmente em quadro de arritmias paroxísticas.

## Referências

Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyoshi RR, Teixeira RA, Filho AM Lorga, D'ávila A, De Paola AAV, Kalil CA, Moreira DAR, Filho DC Sobral, Sternick EB, Darrieux FCC, Fenelon G, Lima GG, Atié J, Mateos JCP, Moreira JM, Vasconcelos JTM, Zimmerman LI, Zimmerman LRL, Silva LRL, Silva MA, Scanavacca MI, Souza OF. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2016; Arq. Bras Cardiol. vol.106 no.4 supl.2. <sup>1</sup>

Oliveira LH, Mallmann FM, Botelho FMN, Paul LC, Gianotto M, Biase R, et al. Estudo Transversal das Estratégias de Tratamento Clínico na Fibrilação Atrial. Cross-sectional Study of Treatment Strategies on Atrial Fibrillation. 2011;195-202. <sup>2</sup>

Roy D, Talajic T, Dorian P, Connolly S, Eisenberg MJ., Green M, et al. Amiodarone to Prevent Recurrence of Atrial Fibrillation. The New England Journal of Medicine. 2000 Mar. 30; medicine. <sup>3</sup>

Neto JF, Moreira HT, Miranda CH, et al. Fibrilação Atrial. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial [periódicos na Internet]. 2019 Set. [acesso em 11 set 2019; citado em 2019 Set. 11]; Disponível em:

URL: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/183/183.pdf>.<sup>4</sup>

Figura 1 ECG da paciente mostrando ritmo de fibrilação atrial

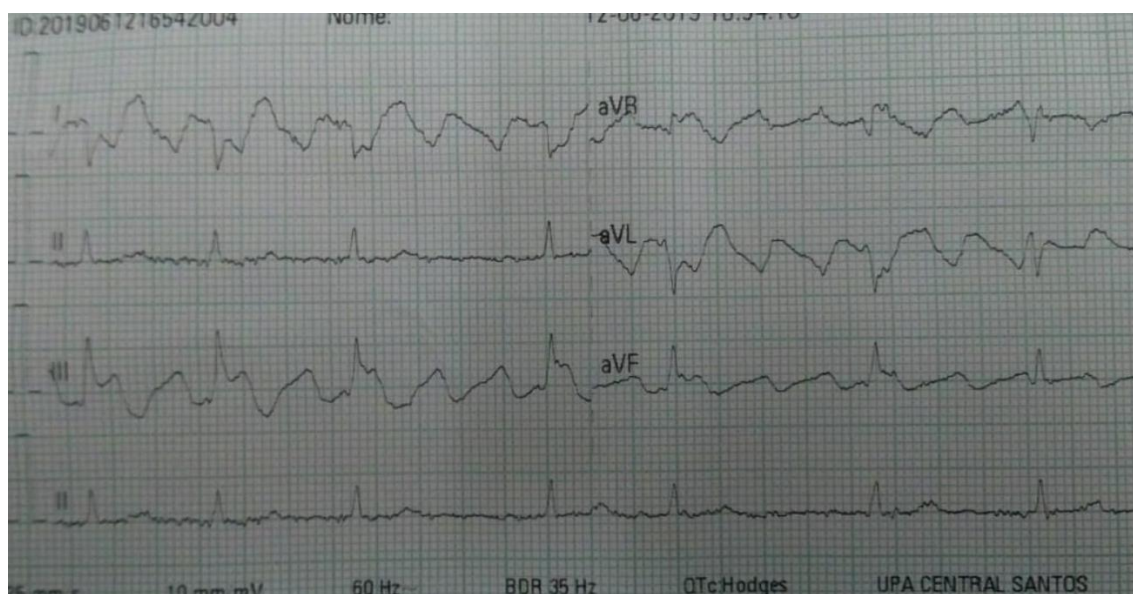


Figura 2 – Escore de CHADS VASC

<b>CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</b>	<b>Pontuação</b>
Congestive heart failure/left ventricular dysfunction (ICC/ disfunção ventricular esquerda)	1
Hypertension (hipertensão)	1
Age ≥ 75 yrs (Idade ≥ 75 anos)	2
Diabetes mellitus (diabetes melito)	1
Stroke/transient ischaemic attack/TE (histórico de AVC)	2
Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque) (Doença Vascular)	1
Age 65–74 yrs (Idade)	1
Sex category (i.e. female gender) (Sexo feminino)	1

*ICC: insuficiência cardíaca congénita; AVC: acidente vascular cerebral.*



## **RELATO DE CASO: GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA SIMULANDO APENDICITE AGUDA EM ADOLESCENTE**

*Autores: FERNANDA MARTINS PONS / PONS, F.M / UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS; PAULA EMY NISHIDA SHIMABUKU/ SHIMABUKU, P.E.N / UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS; MARIA FERNANDA RICIERI FERRAZ/ FERRAZ, M.F.R/ UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS; MARCIO ROBERTO FACANALI JUNIOR / FACANALI, M.R / SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS.*

*E-mail: fernandaferraz545@gmail.com*

APRESENTAÇÃO FPF, 15 anos, masculino, natural de Santos, procedente de São Vicente, estudante. Paciente previamente hígido, encaminhado à emergência de um hospital referenciado com hipótese diagnóstica de apendicite aguda. O quadro de dor abdominal era progressivo, mais localizado em fossa ilíaca direita há 7 dias, associado a episódios de diarreia, náuseas e vômitos. O exame físico e tomografia abdominal corroboravam para o diagnóstico. Em intraoperatório de apendicectomia foi evidenciado ascite em moderada quantidade e sufusões hemorrágicas em íleo distal, sendo realizada biópsias que caracterizaram infiltrado intenso de eosinófilos. Objetivo Visar melhor qualidade de vida para o paciente através de diagnóstico e tratamento precoce com medidas adequadas. Desse modo, divulgar as diretrizes é de suma importância para sistematizar e aperfeiçoar o atendimento do enfermo com dor abdominal

**Introdução** As manifestações da gastroenterite eosinofílica (GEE) são inespecíficas e amplas, sendo os sintomas mais comuns: dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia, comuns a várias outras doenças gastrointestinais - podendo mimetizar doença inflamatória intestinal, infecções parasitárias e até mesmo abdômen agudo, dificultando o diagnóstico. A GEE é uma rara condição de mecanismos etiopatogênicos não estabelecidos descritos por Kaijser em

1937, caracterizada por intenso infiltrado de eosinófilos em um ou múltiplos segmentos do trato gastrointestinal, não sendo padronizados os critérios diagnósticos e tratamento. Estudos atuais da transcriptômica evidenciam a

GEE como uma doença sistêmica com diferente assinatura genética. Não tem predileção por idade, porém mais comum entre terceira e quinta década de vida. Hipereosinofilia periférica, elevação de IgE, alergia alimentar e atopias são comuns mas não patognomônicas. Segundo a classificação de Klein descrita em 1970, seus subtipos em infiltração eosinofílica, pode acometer predominantemente a mucosa, seguido da muscular e subserosa, com diferentes manifestações clínicas. Sendo que o acometimento da subserosa é o mais raro, como no caso descrito, em que há a presença de ascite. Conclusão O diagnóstico precoce com intervenção adequadas destinados a melhorar a qualidade de vida dessas pessoas é substancial. Publicações chamam a atenção ao raciocínio diagnóstico dessa doença rara, que vem emergindo em nosso meio. O entendimento e revisão dessa manifestação nos permite divulgá-la e propiciar diretrizes afim de sistematizar o atendimento do paciente com dor abdominal, proporcionando o diagnóstico e tratamento precoce. Referências Kaijser R. Zur Kenntnis der allergischen Affektionen des Verdauungskanal vom Standpunkt des Chirurgen aus. Arch Klin Chir. 2019 [ acesso em 10 agosto 2019]. Available from: <http://ci.nii.ac.jp/naid/10010523250/> Pineton de Chambrun G., et al. Diagnosis, natural history and treatment of eosinophilic enteritis: a review.2019 [ acesso em 10 agosto 2019].disponível em <https://doi.org/10.1007/s11894-018-0645-6> Sato H., et al. Clinical and pathological profile of eosinophilic gastroenteritis. 2019 [ acesso em 10 agosto 2019]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Clinical+and+pathological+profile+of+eosinophilic+gastroenteritis> Klein NC., et al. Eosinophilic gastroenteritis. 2019 [ acesso em 10 agosto 2019] disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5426746>

Palavras - chave Gastroenterite, apendicite, infiltrado eosinofílico,

## **PSEUDO-OBSTRUÇÃO COLÔNICA AGUDA (SÍNDROME DE OGILVIE) PÓS-GASTRECTOMIA SUBTOTAL NO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO – RELATO DE CASO**

*Autores:*

*AIRTON ZOGAIB RODRIGUES<sup>1</sup>; PAULO CEZAR DE GODOY JUNIOR<sup>2</sup>; TIAGO REZENDE SAVIAN<sup>2</sup>; VIVIANE SUZUKE<sup>2</sup>; CARLOS EDUARDO DE ALBUQUERQUE BAÍA<sup>2</sup>; CAROLINA CANDIDA DE RESENDE FRAGA<sup>2</sup>; LUIZA ZERAIK LIMA DEL DEBBIO ZARONI<sup>3</sup>.  
1. HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS, SANTOS - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES, SANTOS - SP - BRASIL. 3. FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC, CAMPINAS-SP.*

**Introdução:** A pseudo-obstrução colônica aguda, também conhecida como síndrome de Ogilvie, é caracterizada por uma dilatação progressiva do cólon na ausência de obstrução mecânica distal do intestino. É uma afecção esporádica, muitas vezes sub-notificada e com compreensão incompleta sobre sua incidência. Tem prevalência em pacientes idosos, do sexo masculino, sendo uma complicação associada a múltiplos fatores entre os quais os procedimentos operatórios, comorbidades, infecções, distúrbios hidro-eletrolíticos e utilização de medicamentos específicos.

**Relato de caso:** Trata-se de um caso de pseudo-obstrução colônica aguda pós-gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico, em paciente de 88 anos, do sexo masculino, com quadro de melena esporádica, anemia, epigastralgia em queimação, fraqueza geral e emagrecimento de 3Kg há 3 meses. A esofagogastroduodenoscopia revelou extensa lesão úlcero-infiltrativa em corpo e antro gástricos, cuja biópsia revelou adenocarcinoma ulcerado e invasivo. Paciente classificado como ASA III, realizou-se gastrectomia subtotal à D1 com reconstrução em “Y de Roux” transmesocólica. Durante o ato operatório, foi notada distensão generalizada do cólon, sem sinais de obstrução mecânica, obrigando a

uma descompressão do cólon esquerdo e sigmóide com sonda retal introduzida por via endoanal e retirada ao final da operação. No pós operatório paciente apresentou íleo paralítico, com distensão progressiva do cólon, que obrigou à descompressão gástrica. Diagnosticou-se pseudo-obstrução aguda do cólon por radiografia simples do abdome. Houve a necessidade de tratamento descompressivo colonoscópico, possibilitando alta-hospitalar no 14º dia de internação. Atualmente o paciente encontra-se bem e em seguimento ambulatorial.

Conclusão: De fisiopatologia exata desconhecida, mas com potencial de morbimortalidade importante, a pseudo-obstrução aguda do cólon deve ter diagnóstico célere e o tratamento colonoscópico descompressivo, realizado por profissional experiente, é seguro e efetivo

Palavra-chave 1: Pseudo-obstrução do cólon Palavra-chave 2: Síndrome de Ogilvie  
Palavra-chave 3: Procedimentos cirúrgicos colonoscópicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ogilvie WH. Large intestine colic due to sympathetic deprivation: a new clinical syndrome. *Br Med J* 1948;2:671–673.
2. Chudzinski AP, Thompson EV, Ayscue JM. Acute Colonic Pseudoobstruction. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2015;28(2):112-117. doi:10.1055/s-0035-1549100.
3. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): an analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986;29:203-210.
4. Ben ameur H, Boujelbene S, Beyrouiti MI. Treatment of acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's Syndrome). Systematic review. *Tunis Med*. 2013 Oct;91(10):565-72. Review. French. PubMed PMID: 24281995.
5. Tagiolatto JR, Tagiolatto S. Pseudo obstrução aguda de cólon (síndrome de Ogilvie) – Relato de um caso e revisão de literatuta. *Rev bras de Colo-Proct*,

1992; 12(2): 61-65.

6. Giorgio R, Bárbara G, Stanghellini V. Review article: the pharmacological treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001; 15(11):1717-27.

## **Síndrome de Dandy Walker - Relato de Caso**

### ***Dandy walker Syndrome: case report***

*Pesquisadores envolvidos:*

*Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) - Santos, SP*

*Profa. Dra. Mirlene Cecília Soares Pinho Cernach*

*Profa. Dra. Mileny Esbravatti Stephano Colovati*

*Luana Viana Roseira (graduanda Medicina)*

*Bruno Rocha Gomes Garbin (graduando Medicina)*

*Email autor principal: lulu.v.roseira@hotmail.com*

### **INTRODUÇÃO**

A síndrome de Dandy Walker (SDW, OMIM % 220200), uma desordem heterogênea com casos isolados, sem etiologia conhecida. Os indivíduos afetados apresentam malformação cerebral caracterizada por hipoplasia ou agenesia do vermis cerebelar e dilatação do quarto ventrículo, com formação cística na fossa posterior. Além disso, observa-se deficiências motoras como: atraso no desenvolvimento motor, hipotonia e ataxia; alguns com deficiência intelectual e hidrocefalia.<sup>1</sup> Apesar de Hirsch et al. mencionarem hidrocefalia como uma complicação frequente da SDW, eles sugeriram que não é uma característica necessária para o diagnóstico.<sup>3</sup>

Malformações císticas da fossa posterior incluem: Anomalia Dandy-Walker, Variante Dandy-Walker, Mega Cisterna Magna, Cisto aracnoide da fossa posterior, que representam o contínuo desenvolvimento de anomalias em um espectro, chamado de Complexo Dandy-Walker. A diferenciação precisa dessas malformações pode não ser possível usando métodos de imagem.<sup>2</sup>

A definição da síndrome descrita por Hart et al. (1972) tinham três critérios: 1- Hidrocefalia, 2- Ausência parcial ou completa do vermis cerebelar, 3- Formação cística na fossa posterior, contígua ao IV ventrículo <sup>4</sup>. Murray et al. (1985) enfatizou a heterogenia da doença. De forma isolada é rara, pode estar associada à Síndrome de Walburg ou Meckel. Há um aumento da frequência com associação de doenças cardíacas congênitas, fenda labial/palatina e defeitos do tubo neural.<sup>5</sup> Chitayat et al. (1994) compilou uma extensa lista de fatores causais da DMS, como um único gene, aberrações de cromossomos, condições induzidas por teratógenos e formas que são esporádicas ou de herança indeterminada.<sup>6</sup>

A incidência de DMW é de aproximadamente 1 em 25,000 a 35,000 nascidos vivos. Hidrocefalia está presente em 91% dos casos, e sinais neurológicos são observados em 73% dos pacientes com SDW. Entre os sintomas e sinais mais frequentes estão macrocrania, anomalias de olho, retardo no desenvolvimento, ataxia, cefaleia, náusea, letargia, convulsões, paralisia dos nervos craniais e quadriparesia. Apesar dos sintomas e sinais ocorrerem no início da infância na maioria dos casos, alguns casos são diagnosticados na vida adulta.<sup>3</sup>

## OBJETIVO

Relatar um paciente com hipótese da síndrome de Dandy Walker, correlacionando as características clínicas observadas com o que está descrito na literatura médica atual. Desta forma, a partir da correlação com os casos relatados, concluir qual o diagnóstico clínico do paciente.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino de 5 meses de idade, encaminhado ao Ambulatório de Genética da UNIMES, apresentando hidrocefalia e suspeita da síndrome de

Dandy Walker. Filho de casal não consanguíneo, com gestação planejada e desejada, 3G 1P 2A, pré-natal com mais de 8 consultas, com intercorrência pré-natal de infecção do trato urinário. O parto foi cesariana de 38 5/7 semanas, peso de 4,385 g, estatura de 52 cm e perímetro cefálico de 42cm. O Apgar foi de 5/8.

Nasceu e foi encaminhado para UTI neonatal, onde ficou 1 mês e meio. Teve episódios convulsivos durante esse período, laringomalácia e infecção. Possui um coloboma parcial de nervo óptico direito e coloboma total de nervo óptico esquerdo.

Quanto ao desenvolvimento e crescimento: não mantém o pescoço rígido, não procura a mãe com o olhar, responde a ruídos e teve sorriso voluntário com 2 meses.

No exame físico apresentou estatura de 63,5 cm (percentil 25) perímetro encefálico de 45 cm (percentil 95), macrocrania, face com fronte protusa, fenda palpebral oblíqua para baixo, nariz curto com narinas antevertidas (Foto 1-A), orelhas com acentuada dobra da hélice e diminuídas (Foto 1-B), mão com separação do 2° e 3° dedo (prega) bilateral (Foto 1-C), simpolidactilia pós-axial no pé direito (Foto 1-D), hemangioma plano de 0,5cm na região escrotal esquerda, mancha hiperocrômica de 1 cm no joelho direito e mímica facial diminuída.

O relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 19969119.2.0000.5509).

## RESULTADO

Na literatura há poucos relatos de caso de Síndrome de Dandy- Walker (SDW), sendo o mais recente feito por Lim et al.<sup>7</sup>, descrevendo um paciente de 13 meses de idade com retardo de desenvolvimento e dismorfismo facial, dificuldade respiratória e problemas relacionados a alimentação neonatal, repetidamente



devido a laringomalácia.<sup>7</sup> O paciente do presente trabalho, também apresentou quadro semelhante nos primeiros meses de vida, incluindo laringomalácia, infecção e episódios convulsivos, esta última condição não tendo sido relatada até o momento. Tanto o nosso paciente, como o descrito por Lim et al., apresentaram um atraso no desenvolvimento motor e crescimento. A SDW tem como quadro clínico anomalias visuais diversas<sup>3</sup>, condição observada no nosso paciente e o descrito por Lim et al., mostrando nos dois olhos características compatíveis com síndrome de blefarofimose/ptose/epicantho inverso. Porém, ao contrário do paciente de Lim et al., que não apresentou outras más formações, o paciente do relato apresentou coloboma parcial de nervo óptico direito e coloboma total de nervo óptico esquerdo.

Além disso, o caso descrito por Lim et al., apresentou malformação da fossa posterior compatível com SDW. Já o nosso paciente apresentou hidrocefalia e quarto ventrículo dilatado com ausência do vermis cerebelar (Foto 2), também compatível com a SDW. As condições apresentadas na SDW de hidrocefalia e ausência do vermis cerebelar, junto do aumento da pressão intracraniana podem levar ao deslocamento das estruturas do encéfalo e a diversas complicações cognitivas, como deficiência intelectual e deficiência motora além de dificuldade respiratória.<sup>1</sup>

Em 2004<sup>1</sup> foi realizada uma pesquisa com 7/8 indivíduos apresentando hipoplasia e rotação do vermis cerebelar, além de dilatação cística do quarto ventrículo, classificando-os como clássicos casos da SDW, sendo que três deles apresentavam também hidrocefalia. Esses sete pacientes possuíam substancial deficiência cognitiva e três deles revelaram grandes deleções na região cromossômica 3q22.2.<sup>1</sup>

A região cromossômica 3q24-3q25.1 foi considerada crítica para SDW, incluindo os seguintes genes candidatos: *ZIC1* e *ZIC4*, ambos encontrados em homozigose em 7 de 8 participantes com deleção em 3q. As diferentes deleções intersticiais em 3q estão relacionadas com a síndrome de Blefarofimose, ptose e epicanthus inversus (BPES, OMIM % 110100), SDW e casos com atraso no desenvolvimento<sup>1</sup>, sendo

os genes *FOXL2*, *ATR*, *ZIC1* e *ZIC4* considerados candidatos potenciais para tais condições, quando ocorrem simultaneamente, devendo ser geneticamente testados.<sup>7</sup>

## CONCLUSÃO

No entanto, mais casos com deleções semelhantes em 3q e mutações de ponto nos genes candidatos devem ser relatadas para melhor entendimento da correlação genótipo-fenótipo dessas doenças complexas.



Foto 1: A-Blefarofimose, ptose, epicanthus inversus. B-orelha diminuída. C-mão com separação (prega) do 2° e 3° dedo. D- simpolidactilia pós-axial no pé direito.

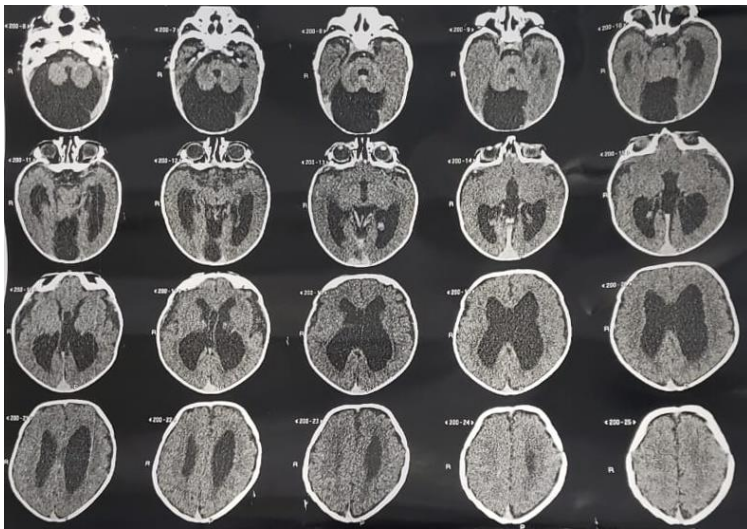


Foto 2: Tomografia com dilatação do IV ventrículo e com ausência do vermis cerebelar.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 McKusick, V. A. Dandy Walker Syndrome, DWS. Online Mendelian Inheritance in Man®. An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders(<https://www.omim.org/entry/220200?search=dandy%20walker&highlight=dandy%20walker>).
- 2 Jurcă MC, Kozma K, Petchesi CD, Bembea M, Pop OL, Muțiu G, Coroi MC, Jurcă AD, Dobjanschi L. Anatomic variants in Dandy-Walker complex. Rom J Morphol Embryol. 2017. 58(3):1051–1055.
- 3 Batmaz M, Balçık ZE, Özer Ü, Hamurişçi Yalçın B, Özen Ş. Dandy-Walker Malformation Presenting with Affective Symptoms. Noro Psikiyatr Ars. 2017. 54(3):277-281.
- 4 Hart, M. N., Malamud, N., Ellis, W. G. The Dandy-Walker syndrome: a clinicopathological study based on 28 cases. Neurology. 1972. 22: 771-781.
- 5 Murray, J. C., Johnson, J. A., Bird, T. D. Dandy-Walker malformation: etiologic heterogeneity and empiric recurrence risks. Clin. Genet. 1985. 28: 272-283.

6 Chitayat, D., Moore, L., Del Bigio, M. R., MacGregor, D., Ben-Zeev, B., Hodgkinson, K., Deck, J., Stothers, T., Ritchie, S., Toi, A. Familial Dandy-Walker malformation associated with macrocephaly, facial anomalies, developmental delay, and brain stem dysgenesis: prenatal diagnosis and postnatal outcome in brothers. A new syndrome? *Am. J. Med. Genet.* 1994. 52: 406-415.

7 Lim BC, Park WY, Seo EJ, Kim KJ, Hwang YS, Chae JS. De Novo Interstitial Deletion of 3q22.3-q25.2 Encompassing FOXL2, ATR, ZIC1, and ZIC4 in a Patient With Blepharophimosis/Ptosis/Epicanthus Inversus Syndrome, Dandy-Walker Malformation, and Global Developmental Delay. *Journal of Child Neurology.* 2011. 26(5) 615-618.

## **Tratamento Endovascular da Hemorragia Digestiva Alta por Adenocarcinoma Gástrico Recidivado Avançado – Relato de caso.**

*Michelle Oliveira Taquinardi<sup>1</sup>, Mariam Elneser Ganem<sup>1</sup>, Airton Zogaib Rodrigues<sup>2</sup>.*

*<sup>1</sup>Graduandas do oitavo semestre de Medicina na Universidade Metropolitana de Santos, <sup>2</sup> Mestre e Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Brasil.*

### **INTRODUÇÃO**

O carcinoma gástrico representa 1% - 8% da hemorragia digestiva alta aguda. A hemostasia endoscópica é considerada a modalidade de primeira linha para avaliação e tratamento dessa hemorragia e é efetiva no manejo do sangramento gastrointestinal (GI) associado ao câncer gástrico. (1)

A embolização arterial por catéter endovascular (EACE) é uma opção válida no tratamento do sangramento GI relacionado ao câncer gástrico. Estudos retrospectivos progressos de EACE para sangramento gastrointestinal relacionado ao câncer gástrico relataram um desfecho insuficiente em pacientes que necessitaram dessa terapia, com hemostasia clinicamente bem sucedida alcançada em 40% - 52% dos pacientes. Além disso, analisaram-se os fatores prognósticos para essa terapia bem sucedida e melhora na sobrevida desses pacientes(1).

Embora a cirurgia seja o tratamento tradicional de escolha após a falha da hemostasia endoscópica, é um procedimento invasivo com alta taxa de mortalidade de até 40%. O EACE é uma alternativa razoável e menos perigosa que a cirurgia e tornou-se a abordagem terapêutica preferida para o tratamento de sangramento refratário não oriundos das varizes gastroesofágicas(2).

Mais de 10% dos pacientes com adenocarcinoma gástrico não ressecável apresenta hemorragia no momento do diagnóstico. O quadro clínico resultante é

variável, desde a anemia progressiva por hemorragia crônica evidente ou oculta até o choque hemodinâmico(3).

Em todos os casos, a morbidade desses sangramentos piora notavelmente a qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, mesmo que a embolização endovascular se considere uma técnica segura para hemorragias acima do ângulo duodeno-jejunal devido a rica circulação colateral do estômago e duodeno, o principal risco é a isquemia e necrose. (3).

Pacientes com neoplasias e doenças debilitantes são péssimos candidatos para o tratamento operatório, sendo a embolização a terapia apropriada para esses casos. Goldstein e col.(4) realizaram esse procedimento em 7 pacientes com sangramento gastrointestinal ou uterino agudo e em 5 pacientes tiveram a interrupção desse sangramento, enquanto 2 deles não obtiveram êxito.

As indicações para embolização são: sangramento maciço, comprometimento hemodinâmico importante ou choque e ocorrência de sangramentos pós-operatórios. As contra indicações são para pacientes alérgicos ao contraste iodado, insuficiência renal e coagulopatia incorrigível. Pacientes com possível infarto gástrico ou duodenal é sugerida a radioterapia(5.)

## OBJETIVO

Relatar o caso de paciente do sexo feminino, de 56 anos, submetida à gastrectomia subtotal, quimioterapia e radioterapia adjuvantes progressas e que evoluiu com recidiva neoplásica no coto gástrico remanescente e metástases hepáticas múltiplas com hemorragia digestiva alta importante, necessitando de tratamento por EACE.

## RELATO DO CASO

Trabalho aprovado pela Plataforma Brasil CAAE: 22208719.2.0000.5509. Paciente de 56 anos, sexo feminino, que há 2 anos e 3 meses fora submetida à gastrectomia

parcial com linfadenectomia D2 e reconstrução em Y de Roux pré-cólica com colectomia parcial (colo transverso) e esplenectomia total por adenocarcinoma tubular gástrico invasivo e avançado, T3N2M0 – estágio clínico IIIA, com subsequente tratamento quimioterápico e radioterápico adjuvante e seguimento ambulatorial.

Há 2 meses apresentou enjojo, epigastralgia e discreto emagrecimento, exame clínico normal e Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que demonstrou lesão de aspecto neoplásico no coto gástrico remanescente, cuja biópsia revelou adenocarcinoma tubular invasivo de mucosa gástrica (figura 1).

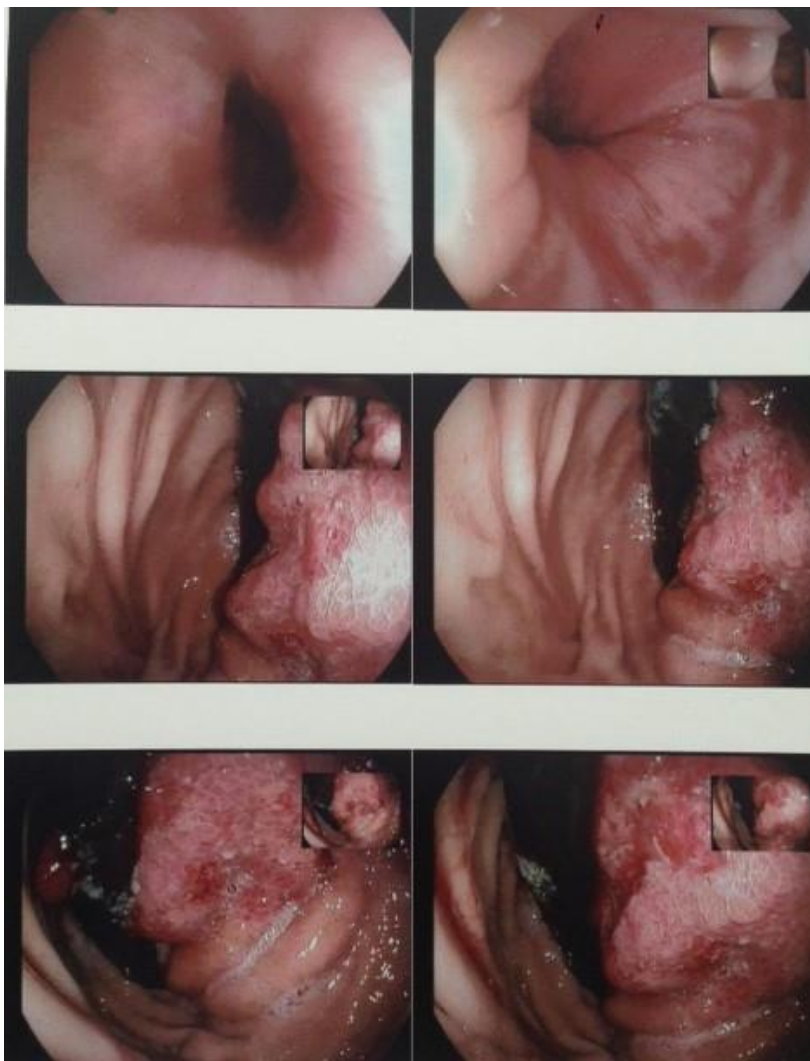


Figura 1. EDA: lesão elevada e infiltrativa extensa, acometendo a parede posterior e pequena curvatura do coto gástrico, preservando a anastomose gastrojejunal.

Os valores dos marcadores tumorais mostraram-se também elevados, a saber, CA19.9=31U/ml e CA72.4=60,8U/ml. Diante dessa avaliação, indicou-se tratamento quimioterápico com esquema FLOT (Docetaxel, Oxiliplatina, 5-Fluouracil e Leucovorin), que foi realizado como 1º Ciclo, em 31/01/2018. Em 05/02/2018, apresentou hematêmese, melena, tonturas e hipotensão arterial, sendo então internada por hemorragia digestiva alta com Hb=6,5g/dl, Htc=20% e plaquetas=179.000. Submetida à hemoterapia com 3U de concentrado de hemácias associada à administração de ácido tranexâmico 150mg/dia. Em 06/02/2018, realizada nova EDA que revelou sangramento ativo gástrico sem identificação do local de origem, impossibilitando a terapêutica endoscópica. Houve a necessidade de nova hemotransfusão de 4U de concentrado de hemácias e 2U de plasma fresco por persistência do sangramento, nos dois dias subsequentes.

Em 08/02/2018 submetemos a paciente a uma angiografia mesentérica que identificou o local de sangramento como sendo oriundo de um dos ramos da artéria gástrica esquerda (figuras 2 e 3), que foi prontamente embolizado com Brad Lock por via endovascular, com sucesso imediato (figura 4).





Figuras 2 e 3. Angiografia Mesentérica: sangramento ativo de neoplasia gástrica de ramo da artéria gástrica esquerda.



Figura 4. Angiografia mesentérica: Embolização endovascular efetiva.

Evoluiu com estabilidade hemodinâmica após a transfusão de mais 2U de concentrado de hemácias e 1U de plasma fresco, com alta no dia 12/02/2018. Iniciou tratamento quimioterápico em 14/02/18 sem recidiva hemorrágica até 28/03/18. Apresentou neutropenia febril após a última quimioterapia, sendo reinternada em 04/04/18 evoluindo para choque séptico e óbito em 06/04/18.

#### PALAVRA-CHAVE

Hemorragia Digestiva Alta; Embolização Endovascular; Câncer Gástrico

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Park S, Shin JH, Gwon DI, Kim HJ, Sung KB, Yoon HK, Ko GY, Ko HK. Transcatheter arterial embolization for gastrointestinal bleeding associated with gastric carcinoma: prognostic factors predicting successful hemostasis and survival [Internet]. 2015 May, 5 [citado em 2017 Jul] 28,7:1012-1021.. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28483303>

- 2- Lee HH, Park JM, Chun HJ, Oh JS, Ahn HJ, Choi MG. Transcatheter arterial embolization for endoscopic lyunmanageable non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Scand J Gastroenterol [Internet]. 2015 Mar, 2 [citado em 2015, Jul] 50(7): 809-15

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Transcatheter+arterial+embolization+for+endoscopically+unmanageable+non-variceal+upper+gastrointestinal+bleeding>

- 3- Romera Barba E, Castañer Ramón-Llín J, Sánchez Pérez A, García Marcilla JA, Vázquez Rojas JL. Transcatheter arterial embolization in the management of acute bleeding from advanced gastriccance [Internet]. 2013 Dec, 27 [citado em 2014, Aug-Sept] 92(7):492-4

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Transcatheter+Arterial+Embolization+in+the+Management+of+Acute+Bleeding+From+Advanced+Gastric+Cancer>

- 4- Goldstein HM, Medellin H, Ben-Menachem Y, Wallace S. Transcatheterarterial embolization in themanagement ofbleeding in thecancerpatient [Internet]. 1975 Jun;115(3):603-8.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1079352>

- 5- Shin JH. Recent update of embolization of upper gastrointestinal tract bleeding [Internet]. 2012 Apr 23 [citado em 2012 Jan-Feb] 13 Suppl 1:S31-9.

Disponível em:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Recent+update+of+embolization+of+upper+gastrointestinal+tract+bleeding.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Recent+update+of+embolization+of+upper+gastrointestinal+tract+bleeding)