



**Anais do XI Congresso Estadual de Ligas
Acadêmicas (CELAMED)**

Universidade de Vassouras

Vassouras/RJ

2020

**Anais do XI Congresso Estadual de Ligas
Acadêmicas (CELAMED)**

Universidade de Vassouras

Vassouras/RJ

2020



Comissão Organizadora do CELAMED

Alana Rocha de Oliveira	Jessica Ferreira Alves
Aline Rocha de Oliveira	João Vitor Diniz Barreto
Beatriz Barboza Reis Queiroz	Karolina Lacerda da Silva
Camila Carvalho Sant'ana	Layla Senra da Silva
Carolina Monte Santo Burdman Pereira	Lívia Liberata Barbosa bandeira
Daniel Luiz Ribas Henriques	Luiza Barbosa Brandão
Gabriela Nogueira Monteiro	Marina Carvalho Duarte sá
Giovanna Alves Peruzini	Mayara Cristina Barreto Lysandro
Hércules Viana Araújo	Natasha Delgado Oliveira Marinho
Iago Caetano Cariello	Sara Batista de Paula
Ingrid de Oliveira Farias	Thaís Lemos de Souza Macêdo
Indiara Iris de Oliveira Araujo	

Comitê Científico

Equipe Científica Organizadora:

Beatriz Barboza Reis Queiroz

Iago Caetano Cariello

Thaís Lemos de Souza Macêdo

Equipe Científica Avaliadora:

Adriana Rodrigues Ferraz

Ana Claudia Sayão Capute

Alexandre Ururahy Rodrigues

Ana Cláudia Zon Filippi

Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama
Pereira

Ana Silvia Bastos

Antonio Rodrigues Braga Neto

Bruno Cezario Costa Reis	Lucineide Martins de O. Maia
Bruno Henrique Rala de Paula	Márcio Alexandre Terra Passos
Carlos Alberto Bhering	Marco Aurélio dos Santos Silva
Carlos A. F. de Andrade	Marcos Antônio Mendonça
Carlos Eduardo Cardoso	Margareth Maria de Carvalho Queiroz
Chan Tiel Yuen	Maria Olivia de Lima Bezerra
Christianne Terra	Marise Maleck de Oliveira
Cíntia Marques dos Santos Silva	Oswaldo L. Aranda
Cristiane Marques	Paula Pitta Resende Côrtes
Cristina Maria Dantas	Pedro Cruz
José Carlos Dantas Teixeira	Sandra Maria Barroso Werneck Vilagra
Eduardo Herrera Rodrigues de Almeida Junior	Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves
Emilio Conceição Siqueira	Thais Rocha Salim
Eucir Rabello	Thaynah Pisani
Fernanda C. Chaves	Tiago de Oliveira Boechat
Hélcio Serpa de Figueiredo Júnior	Thiago D. Dias
Ivana Picone Borges de Aragão	Vinícius Marins Carraro
Luciano da Silva Lima	Vivian Corole Moema Ellinger

Texto de Apresentação do evento

O Congresso Estadual das Ligas Acadêmicas de Medicina (CELAMED) está na sua 11ª edição, mantendo a tradição desde a sua primeira edição, de ser um evento organizado exclusivamente pelos discentes da Universidade de Vassouras com apoio da Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e a Pró-Reitoria de Extensão. Durante todas as suas edições manteve os objetivos de: divulgar projetos desenvolvidos por professores e alunos; fomentar o interesse pela pesquisa no campo da ciência e da tecnologia; estimular e apoiar a participação de estudantes da Universidade de Vassouras nas atividades de extensão; contribuir para o aumento da produção científica dos estudantes e fomentar e ampliar o envolvimento de extensão da Universidade de Vassouras com o meio científico.

Palavras-chave

Iniciação Científica, Medicina, Saúde Pública, Ligas Acadêmicas, Congressos

C76097a

Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas (11: 2019 : Vassouras, RJ)
Anais do XI Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas (CELAMED) /
Coordenação da Comissão Organizadora do CELAMED. – Vassouras:
Universidade de Vassouras, 2019.
v, 78 p.

Modo de acesso: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RS/issue/view/174>
ISBN: 978-65-87918-05-1

1. Ciências médicas. 2. Medicina. 3. Saúde pública. 4. Iniciação científica. 5. Congressos. I. Universidade de Vassouras. II. Título.

CDD 610

Vera Lucia Nogueira de Paula

Bibliotecária CRB-7 -



Relato de experiência: Curso de dissecação cadavérica

Carlos Eduardo Rocha Pinto¹, Eduarda Teodoro Bueno¹, Paulo Víctor Innocencio Póvoa de Castro¹, Ana Carolina Delecrode de Souza¹, Phelipe Von Der Heide Sarmiento¹, Emílio Conceição de Siqueira²

A dissecação cadavérica consiste no estudo da anatomia, pela abertura e separação de organismos mortos, com o intuito de estudar diferentes órgãos. Sabe-se que o estudo da anatomia pauta-se em meios teóricos e práticos como geradores de conhecimento. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo discorrer sobre a experiência adquirida durante o curso de dissecação realizado no anatômico da universidade de vassouras, por alunos membros da liga Acadêmica de Anatomia humana Professor Froés da Fonseca (LAAHPFF). Este trabalho foi baseado no curso de dissecação realizado por membros da LAAHPFF da Universidade de Vassouras, no anatômico da mesma, no primeiro semestre de 2019. Durante o curso, foram realizadas 11 reuniões, as quais eram divididas em dois momentos, teoria e prática, intercaladas semanalmente. No momento destinado a parte teórica, membros da liga eram divididos em grupos, encarregados de, a cada semana, ministrar um conteúdo a ser abordado na parte prática. As aulas práticas eram feitas com a intenção de realizarmos a dissecação cadavérica, visando uma ampliação do conhecimento previamente obtido na teoria e durante o curso de Medicina. No decorrer do curso foi realizado a dissecação da vascularização do trato gastrointestinal. Em sua totalidade foram dissecadas as artérias fleo-jejunais, apendicular, cólica direita, cólica média, mesentérica superior, além da mesentérica inferior e seus ramos, responsáveis pela vascularização das vísceras abdominais, com origem a partir do mesentério. O intuito do curso de dissecação é justamente associar uma abordagem não só teórica, como também prática da anatomia do corpo humano, visando a consolidação do ensino sobre os temas abordados. Tendo a capacidade de possibilitar o conhecimento adequado sobre o corpo humano e também demonstrar possíveis variações anatômicas. Assim, como apontado em estudos randomizados acerca da construção significativa do conhecimento, a forma mais eficiente de se aprender seria associando o estudo teórico ao estudo prático. Utiliza-se para isso na prática da dissecação diversas ferramentas, tais como bisturis, tesouras, pinças, entre outros, visando uma análise por meio da observação, movimentação e palpação as estruturas e órgãos que compõem os diferentes sistemas do corpo. É importante salientar que segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais é de suma importância estimular uma postura ativa do aluno no processo de aprendizagem. O curso de dissecação funciona como um complemento de estudos teórico-práticos, fomentando a ampliação do conhecimento relacionado ao corpo humano e seus processos fisiológicos. Portanto, foi possível observar que com a instituição dessa prática houve uma melhor contextualização e fixação do conhecimento entre os alunos participantes, o que tem uma relação positiva diretamente com a prática médica dos mesmos, visto que a o estudo da anatomia é um dos pilares básicos da medicina.

1- Discente do curso de graduação em medicina. Universidade de Vassouras - Vassouras, RJ, Brasil

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

2- Docente do curso de Medicina. Universidade de Vassouras - Vassouras, RJ, Brasil

Relato de experiência: Projeto anatomia nas escolas

Juliana Profilo Sampaio¹, Fabiane Roberto Leite¹, Karine Grillo de Freitas¹, Julia da Silveira Pacheco Ferraz¹, Valdir Donizeti Alves Junior², Emílio Conceição de Siqueira³

Educação em saúde pode ser definida como um conjunto de conhecimentos e práticas direcionadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Para que isso ocorra de forma otimizada é imprescindível a junção entre Universidade e comunidade através de projetos de extensão. Este trabalho trata-se de um relato de experiência que objetiva demonstrar a importância da participação do estudante de medicina no projeto de extensão e pesquisa universitária denominado de “Anatomia nas Escolas”. O relato evidencia as contribuições que acadêmicos podem proporcionar aos alunos de escolas públicas do município de Vassouras a partir de uma efetiva participação no processo de ensino e demonstrar como essa atividade é uma oportunidade para trocas de experiências com os alunos do ensino fundamental e médio. O projeto possui a função interligar os conhecimentos teóricos e práticos no ambiente escolar, visando ao enriquecimento intelectual dos alunos, permitindo-lhes conhecer a fundo o corpo humano, a localização dos órgãos, suas principais funções e correlações clínicas relevantes, em se tratando de conhecimentos básicos a respeito de doenças e hábitos de vida prejudiciais à saúde. É importante salientar que o projeto é uma ferramenta a ser institucionalizada na Liga de Acadêmica de Anatomia Humana Professor Fróes da Fonseca (LAAHPFF), além de estimular a continuidade dessa atividade em nossa Universidade, demonstrando uma dinâmica de aprendizado que contribui com a formação de valores profissionais que envolvam o trabalho em grupo. Neste estudo relatamos a experiência da Liga de Anatomia no segundo semestre de 2018 quando iniciamos as atividades com encontros mensais no Colégio Estadual Centenário. A metodologia utilizada consiste, em um primeiro momento, na aplicação de um pré-teste, com perguntas relacionadas ao sistema que será abordado e, no segundo momento, no desenvolvimento de aulas teóricas e práticas. Após ser administrado a aula, é aplicado um pós-teste, igual ao pré-teste, para avaliar o desempenho que os alunos obtiveram. Em última instância, fazemos uma dinâmica, com perguntas e respostas utilizando um manequim e órgãos plastificados. A dimensão educativa objetiva contribuir na consolidação das informações prévias que os alunos do ensino fundamental e médio possuem a respeito da anatomia do corpo humano e suas afecções, além de promover a educação em saúde valorizando a história de vida e permitir que os estudantes sejam sujeito do processo de aprendizado. O projeto de pesquisa e extensão “Anatomia nas Escolas”, realizado pela (LAAHPFF), deseja por meio de um vínculo inovador de ensino propagar com mais clareza o funcionamento do corpo humano, transmitindo aos alunos de colégios públicos do município de Vassouras ferramentas necessárias para explorar o próprio corpo e, assim, adquirir noções básicas de cuidados em saúde. Nesse sentido, a união do ensino, pesquisa e extensão é capaz de modificar o modelo pedagógico tradicional, buscando experiências inovadoras no meio em que vivemos.

1-Discente do curso de graduação em medicina. Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, Brasil.

2-Discente do curso de graduação em medicina. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, Brasil.

3-Docente do curso de Medicina. Universidade de Vassouras– Vassouras/RJ, Brasil.

Teratoma Cístico maduro do ovário com transformação maligna

Douglas Pavanitto Junior¹, Aline Trovão Queiroz¹

INTRODUÇÃO: As neoplasias ginecológicas ovarianas configuram etiologias relevantes de morbimortalidade mundialmente. O câncer de ovário representa a segunda neoplasia ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos, dentre as quais constitui a principal causa de morte nos EUA, enquanto nos países em desenvolvimento é a terceira neoplasia ginecológica mais comum e a segunda neoplasia ginecológica mais frequente no Brasil, com uma estimativa de 6.150 novos casos em 2018, sendo responsável por 3.536 óbitos no ano de 2015. **JUSTIFICATIVA:** Os tumores de células germinativas do ovário podem ser benignos ou malignos. Acometem, principalmente, mulheres jovens entre 10 e 30 anos de idade e representam 70% das neoplasias ovarianas nessa faixa etária. Destes, os mais prevalentes são os teratomas que se caracterizam, majoritariamente, por benignidade. Transformação maligna ocorre em 0,2 a 2% dos teratomas císticos maduros e compreende 2,9% de todos os tumores malignos de células germinativas. **OBJETIVO:** O presente trabalho visa relatar um caso de transformação maligna de teratoma ovariano maduro no intuito de ressaltar aos médicos assistente a pertinência de estreita vigilância das pacientes diagnosticadas com o tumor supracitado o qual é considerado benigno habitualmente conquanto se apresenta e maneira fatal esporadicamente. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 34 anos, natural e residente em Angra dos Reis/RJ, portadora de hipotireoidismo sem demais comorbidades. Buscou auxílio no hospital de seu município queixando-se de dor abdominal difusa de forte intensidade associada a náuseas e vômitos queixas as quais atribuídas à pancreatite aguda após exames laboratoriais evidenciarem hiperamilasemia. Foi transferida para o Hospital Universitário de Vassouras, na admissão o abdome apresentava-se rígido com defesa muscular e doloroso, sobretudo, à descompressão. Realizou tomografia computadorizada que demonstrou massa ovariana direita de aspecto sólido-cístico, ascite moderada e hidronefrose à direita. Foi submetida à laparotomia exploradora na qual a massa supracitada foi sugestiva de teratoma ovariano devido a presença de elemento de origem ectodérmica. Ademais, observou-se intensa reação inflamatória com múltiplas aderências na parede abdominal e volumoso abscesso pélvico que se estendia até a cicatriz umbilical o qual foi drenado durante o ato cirúrgico e, posteriormente, instituída antibioticoterapia com meropenem e vancomicina. A paciente evoluiu de forma regular na UTI, sendo encaminhada posteriormente para a enfermaria de Clínica Médica. O exame histopatológico constatou teratoma cístico necrosado com transformação maligna, recebeu alta vinte dias após o procedimento cirúrgico visando ao seguimento ambulatorial no serviço de oncologia. Antes de iniciar o acompanhamento oncológico a paciente retornou ao HUV, apresentando-se desnutrida, com lesões aftosas em região oral, com relato de não estar se alimentando. Foi realizada sua internação para assistência ao sintomas apresentados. A paciente evoluiu para óbito alguns dias depois. **DISCUSSÃO:** A morbimortalidade decorrente das neoplasias ovarianas é de grande impacto global. Embora o subtipo mais frequente seja de origem epitelial, os tumores de células germinativas representam 70% das neoplasias ovarianas em mulheres jovens entre 10 e 30 anos de idade, os quais habitualmente apresentam caráter benigno, embora raramente possam sofrer transformação maligna. No caso a paciente era assintomática na maior parte do desenvolvimento da afecção, somente apresentando sintoma de dor abdominal quando havia presença de grande massa pélvica, que foi identificada através de exame físico e corroborada com a tomografia computadorizada. Pela escassez de sintomas, o teratoma só foi identificado quando apresentava grandes dimensões e manifestações orgânicas. A infecção ocorreu no caso supracitado e foi evidenciada através dos sinais e sintomas apresentados. Aliado ao fato de ter sido encontrado durante a laparotomia exploradora intensa reação inflamatória com múltiplas aderências na parede abdominal e volumoso abscesso pélvico, o qual exigiu terapêutica com antibiótico terapia de largo espectro de ação. Entretanto, o caso não foi elegível para realização do principal tratamento, pois a massa apresentava grandes dimensões e aderências à parede abdominal, optou-se por focar a conduta nas complicações secundárias. A paciente foi encaminhada para o serviço de oncologia para realizar avaliação clínica, estadiamento e considerar possibilidade terapêutica. Entretanto, veio a óbito. Os teratomas ovarianos maduros císticos comportam-se, preponderantemente, de modo benigno conquanto este caso descreve a esporádica embora factível degeneração maligna destes tumores. Concluindo assim, a necessidade de ressaltar ao médico assistente das pacientes portadoras desse diagnóstico a necessidade de suspeição desta complicação potencialmente fatal.

Panorama da taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no HUV em relação ao contexto regional estadual e nacional no ano de 2018

Laís de Souza Coutinho¹, Catharina Ferreira da Costa Magalhães¹, Ivana Picone Borges de Aragão¹

O infarto do miocárdio, ou ataque cardíaco, foi definido como a morte das células de uma região do músculo do coração por conta da formação de um coágulo que interrompe o fluxo sanguíneo de forma súbita e intensa, sendo a sua principal causa a aterosclerose. Dentre essas doenças, o infarto agudo do miocárdio (IAM) representa um importante problema de saúde pública no Brasil, atingindo milhares de brasileiros por ano e com taxa de mortalidade de 183,3 a cada 100000 habitantes². Dessa forma, é relevante analisar a taxa de mortalidade por IAM no Hospital Universitário de Vassouras (HUV) em comparação com outras partes do país, afim de elaborar medidas que contribuam para a redução desses índices. Analisar as taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, no ano de 2018, de acordo com as diferentes faixas etárias no HUV, a fim de compará-las com as taxas do Brasil, da região Sudeste, do Estado do Rio de Janeiro e da região de saúde Centro-Sul do mesmo estado. Realizou-se uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de Infarto Agudo do Miocárdio, geral e por faixa etária, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, avaliando valores de taxa de mortalidade. No ano analisado, a taxa de mortalidade total no HUV foi de 12,07. Em relação as faixas etárias no HUV, a faixa etária de 50 a 54 anos obteve 11,76, de 55 a 59 anos obteve 7,69 (menor taxa de mortalidade), de 60 a 64 anos obteve 8, de 65 a 69 anos obteve 14,29, de 70 a 74 anos obteve 21,43 (maior taxa de mortalidade), de 75 a 79 anos obteve 11,11 e de 80 ou mais anos obteve 20. Não houve taxa de mortalidade para faixas de 0 a 49 anos. A taxa de mortalidade total no hospital é maior que as taxa de mortalidade da Região de Saúde Centro-Sul que obteve 9,12, da Região Sudeste que obteve 10,10, do Brasil que obteve 10,44 e menor apenas que a taxa de mortalidade do Estado do Rio de Janeiro que obteve 13,42. É perceptível, através do presente estudo, que a faixa etária entre 70 aos 74 anos mostrou-se com a maior taxa de mortalidade no HUV, enquanto a faixa de 55 a 59 anos obteve o menor índice. Além disso, é válido ressaltar que a taxa de mortalidade total do HUV é superior quando comparada às taxas regionais e nacional. Sendo assim, cabe analisar a conduta médica diante de tais pacientes, buscar compreender se há algum perfil específico ou diferencial nos pacientes que chegam ao HUV e propor intervenções mais eficazes para com os pacientes acometidos por isquemia miocárdica diante do possível contexto encontrado no referido hospital.

1- Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil.

Colite colagenosa: Importância das biopsias seriadas em paciente com Diarreia Crônica e Colonoscopia normal

Eduarda Maia Nobre de Carvalho Gama¹, Adriana Rodrigues Ferraz¹

INTRODUÇÃO: Colite Microscópica (CM) é uma inflamação crônica do cólon caracterizada por diarreia crônica aquosa, não sanguinolenta, com raros efeitos sistêmicos e exames radiológicos e endoscópicos normais. Possui duas formas: Colite Linfocítica e Colite Colagenosa (CC), esta com incidência crescente, em consequência do envelhecimento da população e maior número de biopsias realizadas. O diagnóstico só é feito com biopsias de cólon com alterações microscópicas típicas: espessamento da camada de colágeno subepitelial, inflamação mononuclear crônica da lâmina própria e células epiteliais danificadas, com aumento no número de linfócitos intra-epiteliais. O tratamento é feito com antidiarreicos e, principalmente, corticoides, em particular Budesonida oral. Também é necessário eliminar secretagogos da dieta, como cafeína, lactose e álcool. A evolução geralmente é benigna, sem necessidade de terapêutica de manutenção. O objetivo desse trabalho é mostrar, por meio de um relato de caso, a importância da realização de biopsias seriadas de todo o cólon em pacientes sintomáticos, mesmo com mucosa macroscopicamente normal, especialmente por ser causa comum de diarreia crônica e, ainda assim, ser subdiagnosticada. **RELATO DE CASO:** S.F.G.W, sexo feminino, 31 anos, sem comorbidades, procurou Gastroenterologista em julho de 2007 com queixa de episódios frequentes de diarreia aquosa, sem sangue, muco ou pus há 1 ano e diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável (SII). Negava dor abdominal, relação com ingestão de alimentos e uso de medicamentos, apresentava distensão abdominal importante. Foi abolida glúten na dieta, sem melhora. Os exames laboratoriais e a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) vieram sem alterações. Em 2008, realizou colonoscopia, isenta de alterações. Ao final de 2010, a paciente persistia com quadro de diarreia, apesar do tratamento para SII com Brometo de Otilônio e probióticos e da exclusão de doença celíaca como diagnóstico. Em 2011 realizou teste de tolerância à lactose e ressonância magnética com enterografia, ambos normais. Paciente continuava sintomática e sem diagnóstico fechado. Em novembro de 2013 realizou nova colonoscopia, dessa vez com biopsias seriadas do colon e reto para estudo histopatológico, que revelou colite colagenosa. Foi iniciado o tratamento com Prednisona, interrompido após 1 mês. Em 2015 voltou ao médico, pois permanecia sintomática. Iniciou ciclos de Budesonida, com períodos de melhora, porém sem remissão dos sintomas. Realizou outra colonoscopia em outubro de 2018, com biopsias para exame histopatológico, que demonstrou colite leve, provavelmente colite colagenosa, em cólon ascendente, descendente, transverso e sigmoide. No momento está em uso de Budesonida. **DISCUSSÃO:** A Colite Colagenosa (CC) é causa comum de diarreia crônica, principalmente em idosos. A paciente apresentava diarreia aquosa crônica, não sanguinolenta, sem nenhuma outra manifestação associada. A colonoscopia é um método que identifica precocemente lesões, contudo, em alguns pacientes com diarreia crônica, pode evidenciar mucosa normal. Nesses casos, a execução de biopsias seriadas pode nos prover informações importantes para diagnóstico e tratamento adequados. Histologicamente, a CC apresenta espessamento acima de 10µm da camada de colágeno subepitelial, porém, a gravidade da diarreia não está relacionada à espessura do colágeno. O tratamento leva em consideração, além da gravidade dos sintomas e impacto na qualidade de vida dos pacientes, a eficácia dos medicamentos em obter remissão clínica (acompanhada ou não de remissão histológica) e os efeitos secundários associados a tratamentos de curta e longa duração. O uso de corticoide oral, especialmente a Budesonida, é atualmente considerado primeira linha na CM ativa. A evolução geralmente é benigna e não necessita de tratamento de manutenção. Porém, após cessar o tratamento com Budesonida, a recidiva dos sintomas pode ocorrer em 60 a 80% dos pacientes, a maioria dos quais responde ao retratamento. Na maioria das vezes é uma doença autolimitada, com duração dos sintomas que pode variar de semanas a meses. Contudo, existem situações em os sintomas podem permanecer por anos em um padrão contínuo ou intermitente, podendo confundir-se com Doença Inflamatória Intestinal (DII) ou doença celíaca. A CC é, dessa forma, causa comum de diarreia crônica ainda subdiagnosticada. No caso descrito, inicialmente pensou-se em SII, excluindo outras doenças que cursam com sintomatologia parecida como doença celíaca, intolerância à lactose e DII, com exames laboratoriais e de imagem sem alterações. Os anos de diarreia sem remissão e os diversos tratamentos sem êxito poderiam ter sido reduzidos se tivesse sido considerada a hipótese de CM e as biopsias seriadas do cólon realizadas. Apenas em 2013, seis anos após o início dos sintomas considerou-se pensar em CM. A partir dessa hipótese foi solicitada nova colonoscopia, dessa vez com biopsias seriadas, e o diagnóstico de CC foi feito.

1- Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

Relato de caso: Necrose esofágica aguda

Beatriz Pina Leibold¹, Bruna Miranda Wienen², Brunela da Silva Fonseca³, Márcio Alexandre Terra Passos⁴

A necrose aguda do esôfago (NAE), também denominada esofagite necrotizante aguda ou enfarte do esôfago, é uma condição clínica rara, descrita pela primeira vez em 1990 por Goldenberg et al. Recebe esse nome devido ao aspecto negro do esôfago quando visualizado na endoscopia digestiva alta (EDA). Segundo a literatura tem uma prevalência entre 0,01 e 0,2% do total de endoscopias digestivas altas e autópsias realizadas. Além disso, a prevalência do esôfago negro pode estar subvalorizada, visto que a maioria dos doentes com estado crítico e de choque não são submetidos a EDA. Este estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente com NAE pós choque cardiogênico, elucidando os mecanismos etiopatogênicos e a exuberância de imagens endoscópicas características desse tipo de lesão assim como o manejo clínico para essa afecção rara. Trata-se de um paciente do sexo masculino, 68 anos, etilista e ex-tabagista, portador de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva com miocardiopatia dilatada e doença renal crônica estágio V, que apresentou NAE após choque cardiogênico, visualizado na EDA. O paciente gravemente enfermo ficou internado no CTI, evoluindo com hemorragia digestiva alta, sendo constatada necrose extensa do esôfago decorrente do estado de hipofluxo prolongado, a despeito do tratamento o paciente evoluiu para óbito. No caso clínico apresentado, a isquemia secundária ao choque cardiogênico, é o fator etiológico mais provável, associado ainda as comorbidades de base do paciente. O fenômeno isquêmico sugere uma redução temporária do fluxo sanguíneo no órgão, que pode causar uma necrose extensa, podendo ser reversível uma vez que o fluxo for restaurado. Além disso, a ingestão do álcool, tanto aguda como crônica, produz efeitos locais como a dismotilidade do esôfago, estimulam a secreção ácida e atrasam o esvaziamento do esôfago. A NEA é uma síndrome rara que se manifesta com hemorragia digestiva alta em 90% dos casos, consiste em hematêmese, melena e dor abdominal. O diagnóstico é realizado com EDA e histopatológico, a parte mais acometida é o terço distal do esôfago, devido a menor vascularização nessa região. O prognóstico na maioria dos casos não é favorável, com uma mortalidade de 33 a 50% segundo dados da literatura, principalmente por serem pacientes com diferentes comorbidades. Nota-se que a NEA é um importante diagnóstico diferencial de pacientes idosos, com múltiplas comorbidades que apresentem hemorragia digestiva alta, principalmente se houver história de etilismo. Nesses casos é necessário se atentar devido ao aumento da mortalidade geral diante dessa condição. Vale ressaltar que o reconhecimento desta condição indica péssimo prognóstico não havendo tratamento específico além do tratamento da doença de base.

1- Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Discente do curso de Medicina, Vassouras - Rio de Janeiro, Brasil, beatriz31pina@hotmail.com

2- Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Discente do curso de Medicina, Vassouras - Rio de Janeiro, Brasil, brunawienien@yahoo.com.br

3- Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Discente do curso de Medicina, Vassouras - Rio de Janeiro, Brasil, brunelafonseca@hotmail.com

4- Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Docente do curso de Medicina, Vassouras - Rio de Janeiro, Brasil, marciotpassos@uol.com.br

Histoplasmose disseminada com acometimento intestinal

Lúcio Moreira¹, Lucyana Marçal Viana¹, Ricardo Nahmias Scheiner¹, Claudia Ermida Pinto de Vasconcelos¹

A histoplasmose é uma doença fúngica causada pelo *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum*, cujo habitat é o solo rico em excrementos de pássaros e morcegos. Sua apresentação clínica pode ser focal ou disseminada, sendo o acometimento pulmonar a apresentação clínica mais comum entre os pacientes. Pacientes imunocompetentes geralmente são assintomáticos ou apresentam infecção respiratória leve, com sintomas semelhantes ao resfriado. A incidência da forma disseminada da doença é incomum entre estes indivíduos, os casos mais documentados são entre indivíduos imunocomprometidos, como aqueles com síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS. A relevância deste estudo é significativa, tendo em vista a escassez de estudos nacionais abordando sobre a histoplasmose disseminada com acometimento intestinal em pacientes imunocompetentes. Acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir para novas discussões sobre o tema em questão. Além de servir como fonte de pesquisa para outros estudos acadêmicos. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de paciente imunocompetente, com diagnóstico de histoplasmose disseminada com acometimento intestinal. Paciente de sexo feminino, 26 anos, branca, natural de Miguel Pereira-RJ, doméstica, previamente hígida, procurou atendimento no pronto socorro do Hospital Universitário de Vassouras-RJ, no dia 28/09/2018, com história de perda ponderal de 27 kg associado com um quadro de linfadenomegalia difusa há seis meses e dor abdominal em quadrante superior direito e diarreia. Na admissão, o peso da paciente era de 35 Kg. O exame físico revelou lesões na mucosa oral de aspectos eritematosos e ulcerados, linfonodos palpáveis, indolores e flexíveis em regiões cervical, axilares e femorais. Na radiografia do tórax não foram encontrados indícios de acometimento pulmonar. Os exames de função renal e hepática estavam dentro da normalidade. O hemograma completo evidenciou anemia microcítica hipocrômica e hipoalbuminemia na dosagem de proteínas. Foi realizada biópsia de linfonodo da região cervical, a qual foi sugestiva de tuberculose, entretanto o BAAR foi negativo. Após realização de colonoscopia com biópsia, o resultado mostrou inflamação intestinal, e, no fragmento retirado, constatou-se colite crônica em atividade difusa e estruturas corpusculares e encapsuladas compatíveis com fungo, sugerindo *Histoplasma capsulatum*. O manejo da paciente envolveu inicialmente o protocolo de tuberculose, o qual não produziu nenhuma resposta significativa. Em seguida, foi iniciado tratamento com anfotericina B por 43 dias para tratar histoplasmoses, na dose de 0,3 mg/Kg/dia, gradualmente aumentada para 1,2 mg/Kg/dia. Administrado albumina humana por 6 dias devido à hipoalbuminemia, havendo melhora da anasarca e derrame pleural encontrados no momento da admissão. Administrado também sulfato ferroso, ácido fólico e vitamina C via oral. Com o decorrer do tratamento a paciente evoluiu com melhora das lesões, dos sintomas, redução de tamanho dos linfonodos palpáveis. Mantendo-se estável durante toda internação, sem intercorrências graves. Embora a hepatotoxicidade e a nefrotoxicidade sejam eventos adversos comuns entre pacientes com terapia antifúngica, na paciente deste estudo não houve alteração hepática e nem da função renal durante todo período de tratamento. Após 50 dias de internação recebeu alta em bom estado geral e com ganho ponderal de 8,900 Kg. Sendo prescrito itraconazol 400mg/dia por 24 semanas, em domicílio. Retornou ao ambulatório para avaliação em 12/02/2019, apresentava-se em bom estado geral, pesando 53,500 Kg. Verificou-se que o acometimento intestinal pelo *Histoplasma capsulatum* é raramente descrito entre pacientes imunocompetentes. Os sintomas geralmente mais relatados na histoplasmose disseminada são febre prolongada e perda de peso. A hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia são os achados físicos mais comuns. Portanto, conclui-se que é de suma importância considerar a histoplasmose intestinal no diagnóstico diferencial de diarreia, febre, perda de peso, dor abdominal, obstrução ou perfuração intestinal também em pacientes imunocompetentes, uma vez que a demora no diagnóstico, a doença pode evoluir com gravidade e levar estes pacientes a óbito se não tratada adequadamente.

1-Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil

Inserção dos cuidados paliativos na graduação médica – revisão de literatura

Carolina Baptista Amorim Rocha¹, Rodrigo Neto Ferreira¹, Christianne Terra de Oliveira Azevedo¹

INTRODUÇÃO: Diante das mudanças no processo do envelhecimento e maior perspectiva de vida em doenças crônicas, os profissionais da saúde têm dificuldade nas condutas relacionadas a essa nova realidade, gerando uma crescente demanda por uma abordagem voltada aos cuidados paliativos (CPs)^{1,2}. Cuidados paliativos foram definidos pela Organização mundial de Saúde em 2002 como a “Assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais”³. Diante da nova realidade, de pacientes convivendo com condições crônicas, faz-se necessário a adequação do ensino durante a graduação médica com o objetivo de preparar o futuro profissional para uma abordagem integral do ser humano e com boa prática no acolhimento do paciente e familiares^{4,5,6}. Incluir a disciplina de cuidados paliativos na grade curricular do curso de medicina, é ação de grande importância para os profissionais da área da saúde que não estão preparados para lidar com paciente sem proposta terapêutica curativa, se mostrando com grande dificuldade em adotar uma conduta pertinente para o momento^{7,8}.

OBJETIVO: Demonstrar a importância do ensino sobre cuidados paliativos na formação médica, foi realizada esta revisão da literatura sobre o tema.

MATERIAIS E MÉTODOS: O presente trabalho é uma revisão integrativa da literatura, por meio de busca nas bases de dados eletrônicas: SciELO, LILACS e PubMed usando os seguintes descritores: “cuidados paliativos”, “educação superior”, “educação médica” e “ensino superior”. Foram incluídas as publicações nas línguas portuguesa e inglesa, publicados nos últimos 10 anos. Como critério de inclusão optou-se por textos disponíveis na íntegra, artigos originais e de revisão, que abordavam o tema proposto em seus títulos e resumos.

RESULTADOS e DISCUSSÃO: Foram encontrados 49 artigos referentes ao tema. Após leitura dos resumos, foram selecionados 14 artigos, lidos, analisados na íntegra, e incluídos nessa revisão. Diante da análise dos textos, foi observado com unanimidade a importância do conhecimento e aplicação do ensino de cuidados paliativos na graduação médica. No estudo de Bifulco e Iochida em 2009, os alunos não conheciam os conceitos e fundamentos dos CPs, gerando falta de interesse e procura sobre o assunto. Os avaliados sugeriram que o tema abrange o sofrer e a morte, sem alívio de sintomas, ocasionando medo e desconforto. Boa parte desse sentimento se deve a frustração pelo fracasso em não obter a cura, já que se trata de uma área que depara com o oposto preconizado pelas escolas médicas, que é a prevenção, diagnóstico, tratamento e por fim a cura^{1,9}. Entretanto, um estudo realizado em 2013 por Frizzo e Bertolini et al. relatam que a maioria dos estudantes conheciam o conceito de CPs, entretanto, os fundamentos, indicações e como conduzir um paciente com doença sem possibilidade de cura, a maioria não soube responder. Demonstrando um avanço, mesmo que insuficiente da busca pelo conhecimento, permanecendo a necessidade de aprofundamento¹⁰. Camargo e Nunes et al. relataram que estudantes afirmam que a morte deve ser vencida pelos médicos, confirmando a ausência de ensino básico dos CPs, pois nem sempre a cura será alcançada, porém o paciente necessitará de alívio da dor e suporte para qualidade de vida^{6,8}. Acrescentar CPs na graduação médica, agrega valor na vida do futuro médico e paciente, reduzindo as frustrações e medos de ambos, sabendo atender tecnicamente e com humanidade cada necessidade, oferecendo tratamento centrado na pessoa^{11,12}. Pinheiro descreve que os alunos sentem necessidade deste aprendizado, se sentem despreparados e inseguros para lidar com situações sem opção de cura, pontuam que não recebem treinamento, não sabendo como conduzir e assistir estes doentes. Neste mesmo trabalho, o autor referencia que os médicos docentes relatam essa necessidade vinda dos alunos. Essas constatações demonstram a importância e necessidade do ensino de cuidados paliativos na graduação médica, para formar profissionais capacitados para gerenciar da melhor forma, a condição clínica de cada paciente de forma individualizada e não mecanizada^{13,14}.

CONCLUSÃO: Concluindo assim a vasta necessidade de tal conhecimento para médicos em formação, sendo abolido o despreparo e insegurança. Acrescentando um conteúdo de suma importância na grade curricular, inserida nas disciplinas que abordem tais temas de alívio de dor e sintomas, redução dos efeitos colaterais e apoio incondicional ao paciente e familiar. Ainda há muito que ser pesquisado e abordado sobre tal tema, contudo é indiscutível a necessidade da disseminação por meio de publicações, palestras e eventos sobre a importância de cuidados paliativos para os médicos e benefícios para seus pacientes.

1. Universidade de Vassouras¹, Vassouras, RJ, Brasil

Cuidados paliativos: comparação do conhecimento entre estudantes do curso de enfermagem e medicina da Universidade de Vassouras -

Valdir Donizeti Alves Junior¹, Gabriela Aparecida Azevedo², Maria Cristina Almeida De Souza³

O termo Cuidados Paliativos (CP) é utilizado para designar os cuidados prestados por uma equipe multiprofissional aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. CP visam o controle da dor, a promoção de conforto, independência, autonomia, prevenção de agravos e de incapacidades, manutenção de atividades significativas para o doente, ativação de recursos emocionais e sociais de enfrentamento do processo de adoecimento e o apoio à família e aos cuidadores. A ausência desse conhecimento sobre a prática de CP pode gerar experiência negativa para profissionais da saúde e pacientes, acarretando frustração profissional e sofrimento físico. É imprescindível, portanto, que os estudantes da área da saúde conheçam os CP, para que uma vez graduados possam prestá-los. O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento sobre CP por alunos da graduação dos cursos de enfermagem e comparar os resultados com trabalho realizado no curso de medicina. Os critérios de inclusão foram o aluno estar matriculado no 8º do curso de enfermagem e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A interpretação dos resultados foi realizada através de frequência, média e porcentagem. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Vassouras sob o Parecer 2.249.470, de 30/08/2017. Um questionário estruturado, auto-explicativo, contendo questões objetivas foi utilizado para coleta das informações. Os dados foram analisados pelo cálculo de frequência e porcentagem. Da amostra composta por 21 estudantes do 8º período do curso de enfermagem, evidenciou que 43% dos estudantes do curso de enfermagem responderam que não vivenciaram a experiência de assistir um paciente fora de possibilidade terapêutica. Resultado discrepante foi observado quando a mesma pergunta foi realizada para os acadêmicos de medicina, pois apenas 4,3% relataram não ter tido essa experiência. Entende-se que a integração entre a teoria e a prática é fundamental para o processo de aprendizado do estudante e para a formação de um bom profissional na área da saúde. Além disso, 48% dos estudantes de enfermagem não conhecem suficientemente o assunto e não se sentem aptos a prestarem os CP. Resultado semelhante foi verificado entre os estudantes do curso de medicina cujo percentual foi de 42,7%. A significativa parcela dos estudantes que não conhece de forma adequada o tema CP indica a necessidade de inovações na abordagem do tema nos cursos de graduação na área da saúde. Concluiu-se que grande parcela de acadêmicos dos cursos de enfermagem e de medicina da Universidade de Vassouras acreditam que CP devem ser destinados somente aos pacientes em fases terminais, sendo essa percepção um equívoco. Em relação à comparação com os alunos de medicina e enfermagem houve semelhança em grande parte das respostas analisadas, exceto no que tange a experiência de assistir paciente em fase terminal na qual os alunos de medicina tiveram um resultado expressivamente melhor.

1-Discente do curso de graduação em medicina. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, Brasil;

2-Discente do curso de graduação em medicina. Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, Brasil;

3-Docente do curso de Medicina e Docente do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde. Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, Brasil

Doença de Kikushi-Fujimoto associada à lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso - Sofia Carneiro Pinto Costa¹, Ricardo André dos Santos Vaz¹

A Doença de Kikushi-Fujimoto (DKF), de etiologia desconhecida, acomete especialmente o sexo feminino entre 20 e 30 anos, sendo benigna, autolimitada, com recorrência de 3% a 4% e mortalidade de 2%. Foi associada a infecções (EBV, HIV, HTLV-1, HSV, CMV e *T. gondii*) e a autoimunidades (LES, artrite reumatoide, Síndrome de Sjögren). O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), condição autoimune crônica atribuída à associação de fatores ambientais, hormonais e genéticos, evolui com períodos de remissão e exacerbação, atingindo todos os sexos, idades e raças, predominando no feminino em idade reprodutiva. Pelo impacto na qualidade de vida dos portadores, escassez de fontes bibliográficas e associação com doenças autoimunes é relevante abordar a DKF para que haja atenção às suas manifestações evitando-se danos aos não diagnosticados. O objetivo é relatar um caso de DKF com desenvolvimento posterior de LES interpretando os sinais e sintomas à luz dos marcos teóricos atuais. AGM, 28 anos, sexo feminino, é internada por febre não responsiva aos antipiréticos e adenopatias axilar, inguinal e cervical bilateral, submetida à biópsia linfonodal com resultado de linfadenite linfocítica com gram, BAAR e cultura para germes comuns e *M. tuberculosis* negativos, sorologias para *T. gondii*, CMV, HBV, HIV, HSV, EBV negativas, recebendo diagnóstico de DKF, tratamento com prednisona 1mg/kg/dia e posterior alta hospitalar. Retorna ao hospital após um mês por pneumonia adquirida na comunidade recebendo antibióticos, contudo evolui com queda de hemoglobina, edema de membros inferiores, piora da função renal com proteinúria de 7g/24h, pleurite, artrite, fotossensibilidade e leucopenia grave, com diagnóstico de LES. Foi submetida a 5 dias de pulsoterapia com metilprednisolona e aumentada prednisona para 2 mg/Kg/dia sem resposta adequada, iniciando-se imunoglobulina por 5 dias e ciclofosfamida com resposta, seguida de alta hospitalar. Após esse período foi iniciado micofenolato de mofetil 3g/dia com retirada gradual do corticóide. A DKF predomina no sexo feminino entre 20 e 30 anos condizendo com este relato. Clinicamente há febre, adenopatias dolorosas, endurecidas e móveis, principalmente em cadeias cervicais, perda de peso; sudorese noturna, cefaleia e artralgias. Neste trabalho encontra-se febre e linfadenopatias cervicais, além de inguinais e axilares. Laboratorialmente há leucopenia, anemia leve, linfocitose, trombocitopenia, aumentos de VHS, PCR, LDH, transaminases e redução do complemento sérico. Histopatologia dos gânglios linfáticos permite diagnóstico definitivo e evidencia linfadenite histiocítica necrosante com necrose paracortical. Neste relato a biópsia ganglionar revelou linfadenite linfocítica. Destacamos que as sorologias da paciente para *T. gondii*, CMV, HIV, EBV, HBV e HCV foram negativas, reforçando a literatura que afirma serem essas sorologias, quando positivas, apenas achados ou falsos-positivos. O tratamento é sintomático com AINES, analgésicos, antipiréticos e hidroxiquina. Para casos com manifestações severas ou prolongadas, associação com o LES ou quando a febre não cede apesar do uso dos antipiréticos pode-se empregar corticóides. Esta paciente recebeu corticoide sistêmico para tratamento uma vez que seu quadro era constituído por febre a qual não apresentou resolução mesmo com o uso de antipiréticos. Na literatura não há consenso sobre o melhor tratamento ficando este a critério médico. A DKF pode preceder, suceder ou acompanhar o LES como visto neste relato, podendo ser uma manifestação inicial ou condição autolimitada e semelhante ao LES, pois compartilham aspectos epidemiológicos, histopatológicos e clínicos, repousando sua diferença sobre o prognóstico. Pelo risco de recorrência e associação com autoimunidades recomenda-se acompanhamento a longo prazo dos pacientes. Conclui-se que o conhecimento da DKF e de sua relação com doenças autoimunes é essencial para que os casos sejam bem conduzidos, com vigilância e diagnóstico precoce de eventuais autoimunidades, evitando-se danos e sequelas aos pacientes.

1. Universidade de Vassouras, curso de Medicina, Vassouras-RJ, Brasil¹

A influência da vacinação contra a gripe H1N1: uma revisão de literatura

Milena Dias Cabral ¹; Bianca Junqueira Ferraz ¹; Cynthia de Camargo Innocencio ¹; Gabriela Aparecida Azevedo ¹; Priscila Paiva dos Santos ¹; Marise Maleck

Em 2009, uma nova pandemia da gripe acometeu todos os continentes e foi chamada de Gripe A H1N1 pandêmica, provocando milhões de casos e muitas mortes. As manifestações clínicas da doença se assemelham às de uma gripe comum, porém pode evoluir para complicações respiratórias, levando o paciente a óbito. A característica mutável do vírus Influenza, causador da gripe, requer atenção dos cientistas, uma vez que o surgimento de mutações geradoras de novos casos e novas formas de gripe faz redobrar a cautela de todos na busca da atualização constante das vacinas. A transmissão do vírus influenza ocorre por meio do contato com secreções das vias respiratórias eliminadas pela pessoa contaminada ao falar, tossir ou espirrar, ou através das mãos ou objetos contaminados, quando entram em contato com mucosas. Dada a sua facilidade de transmissão e a convivência em sociedade e aglomerados, todos estão expostos ao vírus, colocando em risco a população. Este estudo consistiu de uma revisão de literatura com base na consulta a sites e artigos, baseando-se no perfil epidemiológico e dados históricos de referência no assunto. O critério de inclusão para os estudos foram artigos publicados entre 2010 e 2018; estudos que abordavam os aspectos epidemiológicos da influenza no Brasil; estudos que abordavam os efeitos adversos da vacinação contra influenza; estudos que abordavam os efeitos protetores, bem como a percepção da população sobre a vacinação. A vacina monovalente cepa H1N1 pandêmica 2009 é de vírus inativado e registra uma efetividade média maior que 95%, confirmando sua segurança e, em função disso, as contraindicações à sua administração são bastante restritas. Ao contrário de outras doenças para as quais existem vacinas, na influenza, o objetivo principal das campanhas de vacinação está centrado em se reduzir a frequência de complicação e óbitos decorrentes da infecção e não diminuir a incidência da mesma. Assim, os resultados positivos obtidos através das campanhas só puderam se manter graças à adesão da população as mesmas. Os estudos sobre morbidade e mortalidade abordando a efetividade das campanhas de vacinação têm produzido resultados conflitantes, uma vez que parte dos estudos identificou um efeito de redução da morbidade e mortalidade relacionadas à influenza, enquanto a outra parte observou taxas inalteradas ou mesmo um aumento delas após a introdução da vacinação. Apesar disso, há uma tendência em ampliar o uso da vacina. Os resultados dos estudos nessa área da vacinação contra a influenza ainda são muito controversos, tendo vista que não houve redução da taxa de morbimortalidade em relação aos não vacinados contra o vírus. É importante que a população tenha adesão à profilaxia de modo a contribuir para mais pesquisas sobre a epidemiologia da gripe, suas complicações e efeitos da vacinação.

1.Universidade de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil

Condução da população afetada pela Microcefalia associada à infecção congênita pelo Zika Vírus na puericultura – uma revisão Bibliográfica.

Laura Castro Vieira de Mello¹; Júlia do Nascimento Almeida¹; Lorena Tilli Mendes¹; Bruna Maria Trindade Magalhães¹; Carlos Alberto Bhering¹

Introdução: No ano de 2015, foi identificada uma epidemia de infecção pelo vírus Zika no Brasil, sendo posteriormente associada ao aumento do número de casos de microcefalia. A microcefalia é uma malformação congênita, na qual o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, sendo identificada através da medição do perímetro cefálico, porém, sabe-se que esta não é a única alteração encontrada, sendo uma consequência de várias lesões cerebrais que em conjunto é denominada como Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZ). Diante deste cenário, foram necessárias políticas públicas para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e de assistência à comunidade afetada. Neste sentido, torna-se fundamental a discussão acerca da melhor maneira de conduzirmos o acompanhamento dessa população. **Objetivo:** Fazer um levantamento de como é realizado o acompanhamento das crianças com microcefalia associada à infecção congênita pelo ZIKV. Identificar como é realizada a puericultura das crianças com microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika na Rede de Atenção à Saúde do SUS e a importância da atuação de uma equipe multi e interdisciplinar. Identificar ações que são desenvolvidas durante as consultas de puericultura e que contribuem para um pleno crescimento e desenvolvimento da criança e uma melhor integração da família no neste processo. **Material e métodos:** foram selecionados para este estudo artigos publicados em bases de dados no período de 2016 a 2018, buscando-se pelas seguintes palavras-chave: “microcephaly”; “microcefalia”; “zika vírus”; “puericultura”. Foram excluídos aqueles de acesso não gratuito e que não estavam de acordo com o propósito do mesmo. **Resultados:** Com o súbito aumento dos casos de microcefalia relacionados à infecção pelo ZIKV, o Governo Federal implementou uma série de ações, lideradas pelo Ministério da Saúde, com o propósito de direcionar os cuidados específicos para esta população. Cada um dos documentos e protocolos abordados no texto, são voltados para diferentes áreas da saúde, como vigilância, epidemiologia, educação em saúde da população e o próprio acompanhamento da criança com microcefalia, mostrando a importância da presença de uma equipe multiprofissional no seguimento dessas crianças e suas famílias. Além disso, o texto evidencia as bases científicas que corroboram e justificam as ações implementadas pelo Ministério da Saúde. **Discussão:** Os protocolos e documentos lançados pelo Governo Federal e liderados pelo Ministério da Saúde tiveram papel fundamental, pois desenvolveram materiais visando a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento desta população. **Conclusão:** Os impactos gerados por essa população na saúde pública serão sentidos a longo prazo, o que reforça a necessidade de um acompanhamento de perto dessas crianças e suas famílias. E para que seja dado um seguimento de qualidade através da puericultura para essa população, é fundamental que as condutas e intervenções estejam cada vez mais padronizadas e alinhadas com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde. Desta forma, podemos garantir um cuidado multidisciplinar para todas as crianças afetadas, permitindo seu máximo desenvolvimento dentro de suas limitações e garantindo qualidade de vida.

1. Universidade de Vassouras¹, Vassouras, RJ, Brasil

Abordagem e manejo em paciente com ileostomia de alto débito em cirurgia oncológica - relato de caso

Thamiris de Moura Sampaio¹; Livia Liberata Barbosa Bandeira¹; André Nicolas Bianchim¹; Marcio Alexandre Terra Passos¹; Humberto José Portella Garcia¹

A ostomia pós-cirurgia oncológica é a técnica cirúrgica mais frequente, porém com alto índice de complicações entre 46 a 96% dos casos. Estas influenciam diretamente a qualidade de vida do paciente desde a maior propensão a infecções até o desenvolvimento de distúrbios nutricionais e hidroeletrólíticos, principalmente, quando ocorre débito maior que 1200 ml diários. O presente estudo tem como objetivo descrever o manejo de paciente com ileostomia de alto débito após cirurgias oncológicas e suas complicações. Paciente, 59 anos, diagnosticada em março de 2018 com adenocarcinoma de reto moderadamente diferenciado tipo Borrmann III, realizou cirurgia de amputação abdominoperineal com convecção de colostomia terminal. Após um mês da cirurgia, apresentou quadro de suboclusão intestinal revertida com ileostomia, permanecendo 42 dias em ambiente hospitalar para manejo e controle do alto débito através de medidas farmacológicas e nutricionais que permitissem a estabilidade hemodinâmica após alta. As complicações por ileostomia se classificam entre precoces e tardias de acordo com o tempo de cirurgia. Os distúrbios nutricionais e hidroeletrólíticos, apesar de pouco descritos, apresentam grande associação de aparecimento com ileostomias de alto débito (IAD). Considera-se uma IAD aquela maior de 1000-1200 ml diários durante 3-5 dias, sendo mais prevalente nas primeiras 3 semanas após ato cirúrgico. A paciente variou entre 1450 ml/24h - 4600 ml/24 durante a sua internação. Os fatores desencadeantes do alto débito variam desde síndrome de intestino curto, uso de fármacos como pró cinéticos, além de infecções e obstruções parciais, os quais estavam presentes no caso desta paciente. O manejo desta condição não é considerado fácil devido à necessidade de identificação da causa, a qual se mantém presente em apenas 50% dos casos segundo a literatura, além da característica dinâmica das alterações. Tal manejo torna-se necessário devido às implicações negativas incompatíveis com a vida a longo prazo, como a perda de peso acelerada, deterioração da função renal, hipomagnesemia, deficiência de B12 e desidratação. Durante a internação foi prescrito o uso de Loperamida e restrição hídrica de acordo com a evolução da paciente, além da regularização do uso de opióides que permitiu a estabilização e a progressiva recuperação de 4,100 kg em ganho ponderal posterior a visível emagrecimento desde a admissão. A identificação causal de uma IAD, principalmente, após cirurgias oncológicas é necessária devido às grandes complicações que esta pode trazer ao paciente. O manejo eficaz da IAD faz com que o paciente se recupere mais rapidamente no pós-operatório e permite uma melhor qualidade de vida.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil, Bolsa PIBIB – CNPQ

Reganho de peso após realização de Bypass gástrico: relato de caso

Nelson Moura Neto¹; Sebastião J da Cunha Gonçalves²

A obesidade é um importante problema de saúde pública. Estima-se que 7% da população mundial apresenta um IMC > 30 kg/m². Essa doença acomete principalmente países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, cerca de 51% dos brasileiros estão acima do peso, de acordo com uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de cirurgia bariátrica e metabólica.

A obesidade é um fator de risco importante para diversas doenças, tais como: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias, síndrome metabólica (SM), esteatose hepática, doença do refluxo gastroesofágico, colelitíase, entre outras.

O tratamento convencional da obesidade requer orientação médica, prática de atividades físicas e tratamento medicamentoso. Porém, em casos mais graves este tratamento pode não ser suficiente e alternativa precisam ser analisadas.

Diante disto, a cirurgia bariátrica tem sido tida como de fundamental importância para a perda de peso em pacientes com obesidade refratária. O procedimento cirúrgico através de técnicas mistas constitui o padrão-ouro das operações para obesidade grave. A mais utilizada é a derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (DGYR) também conhecida por bypass gástrico.

A DGYR induz a perda de aproximadamente 60 a 75% do excesso de peso, sendo o período entre 18 e 24 meses de pós-operatório o de maior perda ponderal. Entretanto, se não houver o adequado acompanhamento pós-cirúrgico, reganhos podem ser evidenciados 2 anos após a realização da cirurgia.

Alguns aspectos mostram-se determinantes para a ocorrência de reganho ponderal, assim como hábitos alimentares inadequados, adaptações hormonais, diminuição da atividade física e dilatação da bolsa gástrica.

A importância de conhecimento acerca de tais fatores é fundamental para o sucesso a curto e longo prazo da cirurgia. A devida orientação ao paciente no pós-operatório faz-se necessário tanto para evitar o reganho do peso após a cirurgia, quanto para evitar retorno de comorbidades associadas à obesidade.

O objetivo do presente relato é investigar quais são as opções terapêuticas alternativas para um paciente que não obteve sucesso na Gastroplastia em Y-de-Roux.

Paciente masculino, 68 anos, branco, médico, casado, natural e procedente de Nova Friburgo/RJ, apresenta história de sobrepeso desde os 20 anos de idade, com avanço progressivo de peso no decorrer dos anos. Durante os anos em que apresentou aumento de peso, foi realizada orientação dietética, estimulada a prática de exercícios físicos, mas não houve sucesso. As comorbidades associadas não o privavam de suas atividades, e por isso não houve procura por tratamento. No ano de 2004, aos 55 anos de idade apresentava 135 kg e IMC = 48 Kg/m², sendo assim classificado como portador de Obesidade Grau III. A obesidade severa que o paciente apresentava acarretou em lesão de ambos os meniscos mediais pela sobrecarga exercida sobre eles. Por apresentar tais lesões, foi necessária uma conduta terapêutica emergencial para o sobrepeso do paciente. Foi submetido então a Gastroplastia redutora com Y-Rouxvídeolaparoscópica. No primeiro ano subsequente houve redução de 39 kg e melhora das comorbidades associadas. Porém, não houve acompanhamento contínuo no pós-operatório, só sendo feito no primeiro ano subsequente. O paciente queixa que após a gastroplastia apresentou um aumento expressivo na vontade de consumir doces, pães e bebidas alcoólicas. Diante disso, houve reganho ponderal e atualmente o paciente apresenta 118 kg e IMC = 42 kg/m², permanecendo classificado como Obesidade Grau III.

O insucesso da cirurgia bariátrica a longo prazo representa um desafio para os endocrinologistas. Muitos pacientes desencadeiam compulsão, com aumento da ingestão de açúcar e carboidratos piorando acentuadamente o padrão alimentar, o que agrava o problema.

A falha no tratamento cirúrgico faz com que muitos pacientes procurem atendimento médico visando outra opção para tratar a obesidade. A presença de bolsa gástrica ou anastomose gastrojejunal dilatada, com conseqüente perda da restrição alimentar é uma das causas mais comuns de falha. Para a correção pode ser realizados procedimentos endoscópicos, como reconfecção da anastomose gastrojejunal, coagulação com plasma de argônio e plicatura da bolsa gástrica.

Existem diferentes opções de abordagem para um paciente que apresente o quadro de insucesso da cirurgia bariátrica resultando em reganho ponderal.

Cirurgias, medicamentos e mudanças no estilo de vida são alternativas que devem ser avaliadas para cada caso específico. Determinar os fatores relacionados é de fundamental importância para direcionar o tratamento adequado para o paciente.

No caso referido, a equipe multidisciplinar definiu como mais adequado a tentativa de mudança do estilo de vida, por tratar-se de um paciente com diversos fatores de risco, não sendo ideal submetê-lo a mais um procedimento cirúrgico, e também pelo fato de apresentar uma carga medicamentosa diária alta.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras/RJ-Brasil

Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão de literatura.

Gabriela Aparecida Azevedo¹; Nathalia Gomes da Silva¹; Valdir Donizeti Alves Junior²; Girley Cordeiro de Sousa³.

O termo “Síndrome de fragilidade” tem sido aplicado na Gerontologia e Geriatria para designar uma maior suscetibilidade dos idosos às patologias, quedas, declínio funcional e outras intercorrências provenientes do envelhecimento. Levando-se em conta o aumento cada vez mais crescente da expectativa de vida mundial, a população idosa merece destaque, bem como, sua parcela substancial que é portadora de condições de saúde que resultam em vulnerabilidade a eventos adversos, tendo visto que, já houve perda da barreira de preservação funcional e cognitiva, desenvolvendo-se graus variados de dependência. O conceito de fragilidade não é algo novo, porém, são recentes as informações que possibilitam a identificação de um idoso frágil e, por tal motivo, não se compactua de mesma opinião quanto ao significado científico deste tema. Em países como Estados Unidos, Canadá, Holanda, Itália e Suíça as tentativas de busca por uma definição mais consensual têm contribuído para maior geração de conhecimento acerca dos idosos com maior propensão a se exporem aos fatores de menor impacto capazes de promover o estresse. No entanto, no Brasil, a realidade não é a mesma, caracterizando uma lacuna ainda existente no que tange a definição de um paciente idoso portador de Síndrome de fragilidade. Assim, a relevância do presente estudo reside na necessidade de maior conhecimento e acordo entre pesquisadores e profissionais da área da saúde sobre as definições de fragilidade em idosos, objetivando deste modo, maior destreza para identificar precocemente os principais fatores de risco para ocorrência da Síndrome, como maior idade, menor escolaridade, doença crônica prévia ou comorbidades, uso contínuo de medicações, relato de queda da própria altura nos últimos anos e relações sociais restritas e, deste modo, conseguir modificar os desfechos negativos ocasionados através da elaboração de estratégias voltadas a prevenção e promoção de saúde nesses idosos, visto que, a Síndrome de fragilidade é um tema complexo e muito abrangente. Utilizou-se para essa revisão de literatura as bases de dados Lilacs, MedLine, Scielo e PubMed entre os anos de 2009 e 2016, empregando-se os descritores: idoso, geriatria e Síndrome de fragilidade. De acordo com a busca realizada nas plataformas de pesquisa, evidenciou-se que por consistir em um tema ainda em expansão para clínicos e pesquisadores, identificar a Síndrome de fragilidade ainda é um desafio à todos. Segundo o modelo proposto por Fried et al., existe um fenótipo que torna possível a identificação precoce de sinais e sintomas os quais sugerem a instalação da Síndrome. Assim, a detecção destes fatores que fazem do indivíduo idoso “pré-frágil” auxiliará na adoção de medidas preventivas e na distinção entre o que significa o envelhecimento intrínseco aos seres humanos e a fragilidade enquanto fator contribuinte para uma maior morbimortalidade na população geriátrica. Foi demonstrado que a presença de três ou mais componentes do fenótipo estão presentes em idosos frágeis e que a presença de um ou dois componentes seriam indicativos de alto risco de desenvolver a Síndrome. Os principais componentes de caráter negativo apresentados são: subnutrição crônica, sarcopenia, declínio da força física e da tolerância ao exercício e declínio no gasto total de energia. Os estudos também constataram que uma das maneiras de realizar a detecção precoce da Síndrome é através da capacitação de profissionais quanto à percepção de sinais e sintomas mais prevalentes da mesma e que poderiam passar despercebidos caso não houvesse treinamento específico. Por fim, conclui-se que a Síndrome de fragilidade no idoso vem ganhando notoriedade e a tendência é que, tal destaque, aumente ainda mais no futuro. Dada sua multidisciplinaridade e seu impacto na vida social, pessoal e familiar de idosos existe esta dificuldade para elaboração de uma única definição, com colocações distintas na literatura. Ainda segundo Fried et al., somente o fenótipo não é suficiente para explicar a redução na capacidade de manter a homeostase, sendo assim, os fatores de risco desencadeadores da Síndrome só poderão ser elucidados a partir de estudos que ainda estão por vir e que enfoquem nas alterações presentes em múltiplos sistemas em associação com o declínio de reserva energética decorrente do próprio envelhecimento biológico.

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

1. Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
2. Discente do curso de graduação em Medicina. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
3. Docente do curso de graduação em Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.

Relato de caso sobre a síndrome de Sneddon em sua forma idiopática

Samara Quaresma Barroso¹; Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama Pereira¹.

Introdução

A Síndrome de Sneddon (SS) é uma arteriopatia crônica e obliterante, caracterizada pela associação de eventos cerebrovasculares isquêmicos e livedo reticular (LR) do tipo racemoso¹. É uma doença rara, com incidência anual, estimada em quatro pessoas por milhão de habitantes^{1,2,3,4}. A etiologia precisa da SS é desconhecida⁵, mas, atualmente, são aceitas três variantes da doença: a forma associada à síndrome antifosfolípídica, atribuída aos anticorpos antifosfolípide; a forma associada ao Lúpus eritematoso sistêmico, que pode ou não ter a presença dos anticorpos antifosfolípide; e a forma idiopática, a qual não há fatores causativos. ^{1,3} Apresenta-se aqui um relato de caso de uma paciente de 36 anos com essa síndrome, em sua forma idiopática, mostrando a clínica, o diagnóstico, o tratamento e as consequências mentais e físicas dessa doença ao longo dos anos, correlacionando-a com sua possível etiologia.

Relato de Caso

Paciente feminina, 36 anos, apresenta, desde a infância, hipertensão arterial e manchas violáceas em sua pele. Em 2002, teve episódios de vertigem e síncope. Os familiares começaram a notar que ela apresentava bradicinesia, dificuldade de entender e atender a comandos e afasia; sintomas que evoluíram de forma lenta e progressiva.

Em 2016, evoluiu com livedo reticular bem caracterizado e alterações no exame neurológico, como disbasia, paralisia facial e tetraparesia com hiperreflexia. Realizou uma ressonância magnética encefálica que confirmou a presença de áreas de isquemias corticais consistentes com infartos que se superpõem. Nesse período, realizou também os exames sorológicos para rastreamento de doenças reumáticas, e os resultados foram normais. Com isso, teve o diagnóstico de Síndrome de Sneddon do tipo idiopática. A terapêutica adotada para o quadro foi a anticoagulação oral com varfarina, anti-hipertensivos e fisioterapia para melhorar do déficit neurológico e motor.

Em novembro de 2017, foi realizada nova ressonância magnética de encéfalo, na qual não se observou alterações significativas do quadro, comparando-a com a realizada no ano anterior.

Discussão e conclusão

O livedo na SS pode preceder por anos o AVC, sendo notado antes dos eventos cerebrovasculares em mais da metade dos pacientes. O tronco e/ou nádegas estão envolvidos em quase todos os pacientes⁵, assim como no caso apresentado.

Existe um período prodromático caracterizado pela presença de cefaleia e vertigem². Com a evolução clínica da SS, outras manifestações neurológicas podem ocorrer, tais como convulsões, distúrbios cognitivos e psiquiátricos, tremor, mielopatia, encefalopatia, hemiparesia contralateral, afasia, defeitos no campo visual^{1,5}, demência e AVC isquêmico, sendo este considerado a complicação cerebrovascular mais frequente na SS³. Com cerca de 20 anos, a paciente iniciou a clínica neurológica, apresentando vertigem e síncope e progrediu com distúrbios cognitivos, como dificuldade de entender e atender comandos, hemiparesia bilateral e afasia.

A presença de LR do tipo racemoso e AVC de etiologia desconhecida, em paciente jovem, são suficientes para o diagnóstico de SS². Além disso, os exames de imagens da SS normalmente sugerem sequelas de múltiplos AVC prévios, pequenos e bilaterais⁴, localizadas, predominantemente, na substância branca profunda periventricular ou na ponte⁵, como pode ser observado nos exames e avaliação clínica da paciente.

No que se refere à terapêutica, nenhum tratamento efetivo é conhecido para a SS⁴. Em paciente com SS idiopática, um estudo demonstrou benefício do uso de antiagregantes plaquetários como estratégia terapêutica⁶. Outro fator importante é o controle dos fatores de riscos cardiovasculares⁴. A paciente, além de controlar a pressão arterial com anti-hipertensivos, iniciou, em 2016, o uso de varfarina sem associação com antiagregantes plaquetários, e manteve, até o momento, a clínica e as imagens neurológicas estabilizadas.

Desta forma, percebe-se que a Síndrome de Sneddon é uma doença rara e que não dispõe de um tratamento específico. No entanto, o uso do anticoagulante mostrou-se, aparentemente, eficaz no tratamento da paciente em questão. À vista disso, faz-se essencial a continuidade dos estudos nessa área, com vistas a comprovar a existência de benefícios do uso do anticoagulante em outros portadores da SS em sua forma idiopática.

1- Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

Cuidados paliativos no paciente idoso: revisão de literatura

Nathalia Gomes da Silva¹; Gabriela Aparecida Azevedo¹; Girley Cordeiro de Sousa²

O aumento da expectativa de vida tornou-se uma realidade importante em nossa sociedade. Conseqüentemente, observa-se o aumento do adoecimento crônico e/ou degenerativo, a exemplo do câncer, das doenças cardiovasculares, neurodegenerativas e osteomusculares, que acometem, preferencialmente, a população idosa, causando prejuízos à sua capacidade funcional, tornando-a dependente na realização de Atividades de Vida Diária (AVDs). Nesse contexto, a decisão por cuidados médicos artificiais para prolongar a vida tem sido debatida em diversos âmbitos no Brasil. Consideram-se cuidados paliativos (CP), ações voltadas para os pacientes com doenças em estágio avançado, em situação de sofrimento físico ou psíquico, ou ambos. Para o desenvolvimento dessa revisão de literatura, realizou-se coleta de dados entre os meses de maio e junho de 2019 e empregou-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): idoso, cuidados paliativos e geriatria. A estratégia de busca combinou dois ou mais descritores por meio do conector 'and' no campo 'descriptor de assunto'. Foram adotados como critérios de inclusão os artigos serem publicados entre os anos de 2012 e 2019 nas bases de dados Lilacs, Medline, SciELO e PubMed; terem sido divulgados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; estarem disponíveis na íntegra e abordarem o tema cuidados paliativos. Foram desconsideradas publicações referentes a teses, dissertações, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, selecionando-se ao todo 12 artigos. Desta forma, observou-se que a faixa etária dos idosos é a que com maior frequência está sujeita aos CP, principalmente aqueles submetidos a terapias longas para doenças crônicas, tais como demência, neoplasia, cardiopatia, pneumopatia e nefropatia. Nesses pacientes, a evolução para a morte ocorre quando encontram-se em um estado de fragilidade. Os CP têm como propósito promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da avaliação cuidadosa e minuciosa do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, cujo objetivo principal é o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte tranquila. O cuidado dos profissionais de saúde considerados paliativistas é ampliado para além do doente fora de possibilidades terapêuticas e sua doença, estendendo-o para toda a rede de relações familiares e o processo de luto antes e após o óbito do paciente. Nas últimas décadas, o avanço das tecnologias médicas tem prolongado e melhorado a qualidade de vida da população, mesmo em caso de doenças graves, incapacitantes e progressivas. Assim, com o aumento da longevidade, cresce a necessidade de melhorar o acesso aos CP à população idosa em situação de terminalidade, garantindo o cumprimento dos princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, pois as demandas que permeiam esses cuidados a pacientes geriátricos, exigem do profissional uma atenção diferenciada, sensível e humanizada. Com isso, percebe-se a necessidade de mudanças e inovações na implementação dos CP voltados ao idoso, incluindo novos estudos e tecnologia mais efetivos e que garantam, além dos benefícios biológicos e médicos, a preservação do bem-estar e da dignidade humana.

1. Discente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;

2. Docente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

A relevância das diretivas antecipadas de vontade em Geriatria: revisão de literatura

Nathalia Gomes da Silva¹; Gabriela Aparecida Azevedo¹; Girley Cordeiro de Sousa²

Dados os grandes avanços na Medicina, com o desenvolvimento de tratamentos que visam prolongar a vida, discute-se acerca do direito do paciente em manifestar o seu desejo em situações de incapacidade. As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são um conjunto de vontades, prévia e expressamente manifestadas pelo paciente ao seu médico assistente, sobre cuidados e tratamentos que deseja, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressá-las, de forma livre e autônoma, as quais devem ser registradas em prontuário. Tal tema tem sido abordado na área da Geriatria devido ao número significativo de pacientes idosos que se enquadram nas três principais circunstâncias das DAV: pacientes terminais, em estado vegetativo persistente (EVP) e portadores de demências avançadas. Para o desenvolvimento dessa revisão de literatura, foi realizada a coleta de dados nos meses de maio e junho de 2019, empregando-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): idoso, diretivas antecipadas e geriatria. A estratégia de busca combinou dois ou mais descritores por meio do conector 'and' no campo 'descriptor de assunto'. Foram adotados como critérios de inclusão os artigos serem publicados entre os anos de 2012 e 2019 nas bases de dados Lilacs, Medline, SciELO e PubMed; terem sido divulgados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; estarem disponíveis na íntegra e abordarem o tema diretivas antecipadas de vontade. Foram desconsideradas publicações referentes a teses, dissertações, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, selecionando-se ao todo 7 artigos. No ano de 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM 1.995, legitimou a posição médica sobre as diretrizes antecipadas dos pacientes. Em termos conceituais, as DAVs abrangem o testamento vital, pelo qual uma pessoa capaz pode registrar quais tratamentos deseja ou não ser submetida em caso de enfermidade incurável; e o mandato duradouro, que se refere à nomeação de um ou mais procuradores, com capacidade de identificar sua vontade quando ele estiver incapacitado para tal. As DAV têm sido um instrumento utilizado na tentativa de evitar o tratamento fútil em pacientes terminais, o qual é praticado através de medidas curativas/restaurativas, tais como: nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e a internação ou permanência do paciente na UTI. Elas são aplicadas principalmente em situações de doença terminal, EVP e demências avançadas. Doença terminal é aquela em que a patologia do paciente está em estágio irreversível e incurável e que a morte é esperada nos próximos seis meses. O EVP é quando o paciente está em situação clínica de completa ausência da consciência de si e do ambiente circundante, com ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções hipotalâmicas e do tronco cerebral por mais de três meses após anóxia cerebral e doze meses na sequência de traumatismo craniano. Por fim, a demência avançada é o quadro clínico em que o paciente tem função motora alterada, perda da autoconsciência e da reação à dor e o prognóstico de recuperação neurológica é irreversível. Embora o crescente interesse brasileiro, observa-se que não há um número expressivo de artigos sobre o assunto. Ainda assim, foi possível constatar a importância das DAV na assistência ao paciente terminal, bem como a viabilidade de execução quando contextualizada na relação paciente-familiar-profissional, considerando o respeito à autonomia pessoal e a manutenção da dignidade do paciente. No Brasil, além da necessidade de maior esclarecimento quanto às disposições previstas na Resolução do CFM, emerge a necessidade de investigações sobre a temática, enfocando, mais especificamente na aplicabilidade das DAV, em virtude da sua prática ser extremamente incipiente.

1. Discente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
2. Docente de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

Atenção primária à saúde e o uso de Fitoterápicos: revisão de literatura

Luiza Mara da Silva Duarte¹; Maria Cristina Almeida de Souza²

Introdução: segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% da população mundial depende de plantas medicinais para promoção de saúde. Reconhecendo esse cenário, em 1978 na Conferência de Alma-Ata, a OMS recomendou a utilização da medicina alternativa como estratégia de universalização do acesso à saúde em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo a utilização da fitoterapia e plantas medicinais como parte do arsenal terapêutico dos profissionais de saúde. Nesse contexto, reconhecendo a vasta biodiversidade do Brasil e as recomendações da OMS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu uma série de políticas públicas incluindo em 2006, a “Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos” (PNPMF) no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo à população acesso seguro e sustentável às plantas medicinais e aos fitoterápicos. Em 2009, foi criada a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS (RENISUS), abrangendo 71 espécies de plantas nativas e exóticas seguras, e em 2010, o Programa Farmácia Viva, que contribuiu para padronizar desde o cultivo e coleta até a preparação e dispensação dos produtos. Material e métodos: revisão de literatura na base de dados SciELO, além da obtenção de informações oriundas diretamente de páginas do Ministério da Saúde sobre a utilização de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde (APS). Utilizaram-se artigos publicados no período de 2012 a 2018 com os descritores Medicamentos Fitoterápicos, Plantas medicinais, Atenção Primária à Saúde. Discussão: observou-se um crescente movimento de contracultura do racionalismo biomédico resgatando na fitoterapia e nas plantas medicinais alternativas com menos efeitos adversos e maior participação do indivíduo no seu processo de saúde-doença. Ao comparar-se os estudos, o consumo de plantas medicinais mostrou-se maior prevalência nas populações de maior vulnerabilidade socioeconômica. A principal forma de obtenção não foi através da APS e sim, por meio do cultivo em hortas próprias ou por meio de vizinhos e familiares. Assim, apesar da Relação Nacional de Medicamentos Essências (RENAME) incluir fitoterápicos, muitas unidades de APS não os disponibilizam, assim como não disponibilizam plantas medicinais in natura ou secas, corroborando com erros de identificação, dosagem e principalmente interação medicamentosa pelo uso indiscriminado das mesmas. Entre os municípios analisados, houve uma maior disponibilização desses recursos nos municípios mais populosos. Entre as variedades mais utilizadas pertencentes à RENAME, destaca-se o Guaco e a hortelã, entretanto, uma importante diversidade de ervas como a espinheira santa são utilizadas todos os dias e não possuem comprovação sobre sua eficácia. Portanto, existe uma necessidade crescente de incentivo à pesquisa etnofarmacológica, ou seja, pesquisa científica sobre novos princípios ativos partindo do conhecimento popular sobre plantas medicinais. Observou-se, também, outros empecilhos para expansão das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS como a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o assunto e a falta infraestrutura nas unidades de APS para realização de oficinas e atividades coletivas sobre o tema. Conclusão: Apesar da existência de políticas públicas que incentivam a implementação do uso de plantas medicinais e da fitoterapia no SUS, existem inúmeros desafios para as mesmas tornarem-se realidade. Necessita-se de um investimento financeiro que custeie a capacitação dos profissionais de saúde para a utilização de práticas alternativas e complementares, criação de uma infraestrutura adequada para realização da mesma e sensibilização dos profissionais e da população para a eficiência das ervas medicinais. De suma importância, também, é a criação de uma parceria entre a indústria brasileira de fitoterápicos e as universidades do país para que novos medicamentos e produtos possam ser produzidos. Por fim, a criação de leis municipais sustentando toda cadeia produtiva relacionada a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos de acordo com a característica de cada localidade.

1. Universidade de Vassouras, Discente do Curso de Medicina, Vassouras/RJ, Brasil | Bolsista PIBIC/CNPq
2. Universidade de Vassouras, Docente do Curso de Medicina, Vassouras/RJ, Brasil

Dermatite Atópica , relato de caso

Diego Gonzalez da Silva¹; -Edsneider Rocha Pires de Souza² ; -Maria Cristina Almeida de Souza³

A Dermatite Atópica (DA) é doença inflamatória cutânea associada a atopia , predisposição a produzir resposta IgE a alérgenos ambientais ,constituindo uma das manifestações das doenças atópicas junto com a asma e a rinite alérgica . A Dermatite Atópica é caracterizada por episódios recorrentes de eczema associado a prurido , acometendo superfície cutânea geneticamente alterada , induzindo , por fenômenos imunológicos a presença de inflamação e levando a lesões cicatriciais que impactam, muitas vezes, negativamente na qualidade de vida e auto-estima dos pacientes, principalmente as que persistem por toda a vida. É reconhecida a presença de fatores psicológicos no curso deste quadro , especialmente do estresse e da ansiedade , que agem sobre o funcionamento do sistema imune , podendo até caracterizar um quadro psicossomático. Neste sentido , é de extrema importância o aprofundamento acerca desta patologia , visando conhecer melhor as suas manifestações e avaliar o prognóstico das diversas terapias utilizadas atualmente. Aborda neste trabalho a evolução clínica de uma paciente de 17 anos, portadora de Eczema Atópico, atendida em uma Unidade Estratégia Saúde da Família , apresentando como queixa principal a presença de lesões em grande extensão corporal que , conforme relatou na anamnese , eram indolores . Informou , sem precisar a idade , que desde a infância apresenta aquele tipo de lesão , cuja remissão nunca aconteceu , embora tenha feito tratamento com vários especialistas . Relatou uso sistemático durante anos de anti histamínico para controlar o prurido , assim como a utilização de cremes hidratantes tópicos . A paciente negou histórico de rinite alérgica ou asma , doenças que podem estar associadas a D.A . Na ectoscopia , o médico observou lesões descamativas , pruriginosas , hiperêmicas , presentes em vários pontos dos membros inferiores e superiores e também em dorso , tórax e face . No exame físico , constatou-se pele extremamente ressecada, conferindo um aspecto envelhecido às feições da paciente . a fim de elaborar o diagnóstico , foram solicitados exames laboratoriais , incluindo dosagem de IgE específica . O diagnóstico diferencial foi feito com dermatoses que apresentam lesões eritemato-descamativas e que também ocasionam prurido: dermatite seborréica , eczema numular e a dermatite de contato alérgica . A avaliação dos resultados do exame , cujo resultado foi positivo para IgE específica , confirmou a hipótese diagnóstica de D.A . A proposta terapêutica incluiu a prescrição de aplicação tópica do emoliente três vezes ao dia com o intuito de reduzir a xerose cutânea . Prescreveu-se corticóidebetametasona creme para uso tópico na pele , com orientação para aplicação na lesão três vezes ao dia . o anti histamínico dicloridrato de hidroxizina 25 mg foi prescrito com indicação para tomar 2 comprimidos de 12 em 12 horas durante 10 dias . recomendado o uso de protetor solar e a paciente foi orientada a se proteger da exposição aos raios solares . Pacientes com DA têm fatores de risco geneticamente determinados que afetam a barreira cutânea, respostas imunes e interação com gatilhos ambientais. Clinicamente, isso resulta em pele intensamente pruriginosa, inflamada, que permite a penetração de irritantes e alérgenos. Predispõe também à colonização e infecção por organismos microbianos . As introspecções na relação complexa entre a barreira da pele e as anormalidades imunes devem conduzir a uma terapia mais dirigida para DA e complicações infecciosas associadas. Novos métodos para categorizar fenótipos únicos da DA podem também levar a novas estratégias de intervenções precoces que também poderiam interromper o desenvolvimento de asma e distúrbios alérgicos. No presente relato, a despeito dos sítios geralmente acometidos , a paciente apresentava lesões em grande extensão corporal . É possível analisar a inicial falha terapêutica devido a ausência de remissão mesmo após o tratamento com diversos especialistas, fato que pode ser explicado pela quantidade de fenótipos diferentes existentes da doença e consequentemente, diferentes tipos de tratamento específicos para cada caso. Por outro lado, a paciente após atendimento na ESF, passou a apresentar melhora clínica com remissão das lesões e regressão dos sintomas, evidenciando o sucesso no uso de corticosteróides tópicos associados ao anti-histamínico como opção para o tratamento da dermatite atópica . A DA tornou-se um problema significativo de saúde pública devido à sua presença na maioria dos países e a sua crescente prevalência, que provoca grande impacto econômico e social. O presente caso demonstra a gravidade com que a doença pode se apresentar bem como que cada paciente apresenta variações quanto a manifestação e a resposta ao tratamento e assim a terapêutica deve ser adaptada às singularidades de cada paciente .

1-Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Vassouras , Vassouras-RJ , Brasil .

2-Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Vassouras , Vassouras- RJ , Brasil.

3-Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Vassouras , Vassouras-RJ , Brasil. Docente do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras , Vassouras-RJ , Brasil.

Conduta conservadora não Transfusional em paciente falcêmica Aloimunizada

Gabriel Pessoa de Carvalho Oliveira¹; Natasha Delgado Oliveira Marinho¹; Beatriz Mendes Meirelles¹; Livia Maria Horta Rodrigues¹; Tiago de Oliveira Boechat¹

A doença falciforme é o distúrbio hereditário mais prevalente do mundo, em especial em populações descendentes de indivíduos da África Tropical. No Brasil, a prevalência da doença é grande, sendo de 1:1000 nascidos vivos no país e 1:200 no estado do Rio de Janeiro. O pilar do tratamento desses pacientes se baseia em duas condutas: na terapia com Hidroxiureia e em transfusões sanguíneas (simples e de troca). Cerca de 50% dos pacientes com anemia falciforme irão passar por pelo menos uma transfusão de concentrado de hemácias ao longo da vida, sendo que 5-10% fazem parte de algum protocolo de hemotransfusão crônica. Contudo, a transfusão de hemácias pode resultar em complicações, como aloimunização contra antígenos eritrocitários do doador, que ocorre em 5-25% dos pacientes falcêmicos que realizam transfusões crônicas, aumentando a incidência de comorbidades nessa população. Uma alternativa terapêutica para a população aloimunizada é o uso de Eritropoietina exógena que, segundo a literatura, tem a propriedade de aumentar a porcentagem de hemoglobina fetal com perfil de toxicidade tolerável, especialmente em associação à Hidroxiureia, diminuindo assim a morbidade da doença falcêmica. O trabalho apresentado teve como objetivo apresentar uma alternativa terapêutica eficiente e segura para pacientes com anemia falciforme com restrições transfusionais. O caso relatado é de uma paciente de 31 anos, mulher, branca, diagnosticada com anemia falciforme, com história de diversas internações e hemotransfusões múltiplas com antecedente de reação transfusional e aloimunização. Fazia tratamento diário com Ácido Fólico 5 mg/dia e Hidroxiureia 1 g/dia. A paciente buscou atendimento na emergência três dias antes da internação com quadro algico em membros e abdome, sem alívio com uso de tramadol e exames laboratoriais: hemoglobina 7,4 g/dL, hematócrito 20%, LDH1311 U/L. Foi medicada com morfina para alívio da dor, feito hidratação venosa e indicada internação hospitalar, entretanto a paciente foi de alta a revelia. Após 4 dias, ela retornou ao pronto atendimento queixando-se de dor em pontada com irradiação para hemitórax esquerdo e região lombar, sem alívio com uso de tramadol e dipirona, associada a náusea e vômitos, com saturação de O₂ de 92%. Ao exame físico apresentava-se hipocorada, icterica e acentuação da dor na palpação de flancos. Foi realizada a internação hospitalar com diagnóstico de crise vaso-oclusiva abdominal e prescrito analgesia com Dipirona e Morfina e hidratação vigorosa com soro fisiológico. A paciente evoluiu com queixa de disúria e no terceiro dia de internação houve piora laboratorial importante: hemoglobina 4,4g/dL, hematócrito 12%, reticulócitos 20,7%. Nesse momento, possuía indicação de transfusão de hemácias (queda >20% da hemoglobina basal e hemoglobina <5g/dL), porém devido à história de reações transfusionais, à aloimunização e à estabilidade clínica, optou-se por terapia com Eritropoietina 8000 UI, 3x semana e Ácido Fólico 5mg 1x/dia. Além disso, foi levantada a suspeita de pielonefrite devido a sintomatologia e, apesar da ausência de alterações no exame de urina tipo 1 e urinocultura negativa, foi prescrito Cefepime por 7 dias. A paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, atingindo, após 3 doses de Eritropoietina, os seguintes dados laboratoriais: hemoglobina 6,2 g/dL e hematócrito 19%. No nono dia de internação a paciente obteve alta hospitalar, foi prescrito para uso domiciliar Eritropoietina 4000 UI, 3X semana e foi orientada a prosseguir com acompanhamento com hematologista. A paciente em questão apresentou um quadro de crise vaso-oclusiva e surto hemolítico causado por uma pielonefrite de base, que levou a níveis críticos de hemoglobina. Entretanto, optou-se por não hemotransfundir devido à estabilidade hemodinâmica mantida durante o curso clínico do quadro e ao risco de reação transfusional por ser uma paciente com histórico de múltiplas transfusões sanguíneas (o que corrobora com o principal fator de risco achado por Pinto et al para aloimunização: mais de 10 episódios de transfusão de hemácias). A terapêutica adotada baseou-se na resolução do quadro infeccioso de base com antibiótico e no uso de eritropoietina, que apesar de ter sido utilizada por um tempo curto em comparação com os estudos de Little et al. e Ferreira et al., o desfecho foi similar: aumento de 1,8g/dL no valor de hemoglobina da paciente do relato em comparação com aumento médio de 2,1g/dL e 1,8g/dL dos estudos, respectivamente. As transfusões sanguíneas devem ser feitas de forma criteriosa, em especial nos pacientes que provavelmente necessitarão fazer novas transfusões no futuro, como os pacientes falcêmicos. A aloimunização é apenas uma das várias complicações advindas das hemotransfusões. No campo da terapêutica da anemia falciforme, contudo, o uso de eritropoietina mostra-se uma opção segura e eficaz, o que empodera os médicos e pacientes que lidam com a doença falciforme com mais uma ferramenta no seu tratamento.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

Síndrome de Miller Fisher em lactente: relato de caso

Lorena Tilli Mendes¹; Thais Rocha Salim^{1,2}; Bruna Maria Trindade Magalhães¹; Júlia Almeida Nascimento¹; Laura Castro Viera de Mello¹

A síndrome de Miller Fisher (SMF) é uma variante rara da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), que possui maior incidência no sexo masculino e idade média de 43 anos. É caracterizada pela tríade clínica oftalmoplegia, arreflexia e ataxia. É uma polineuropatia desmielinizante imunomediada aguda que acomete nervos cranianos do sistema nervoso periférico. Habitualmente é precedida por episódios infecciosos, sendo os agentes mais frequentes o *Campylobacter jejuni* e citomegalovírus, com tempo médio de início dos sintomas neurológicos após a infecção de 8 a 10 dias. O enfoque é destacar a necessidade de conhecimento SMF nas crianças e discutir a condução do caso. Lactente, 1 ano e 5 meses, sexo feminino, previamente hígida, procurou atendimento médico com quadro de ptose palpebral à esquerda e dor ocular. Evoluiu com oftalmoplegia, ataxia, arreflexia, paralisia flácida descendente e desconforto respiratório, com necessidade de suporte ventilatório invasivo e internação em unidade intensiva. Exame neurológico evidenciou hipotonia global, arreflexia patelar e hiporeflexia global, diminuição da força e sem localização da dor. Foram realizadas punção de líquor cefalorraquidiano e TC de crânio em que não foram evidenciadas alterações. Após ser afastada a possibilidade de causa infecciosa a paciente recebeu tratamento com imunoglobulina. Realizou nova Punção lombar no 17º dia de internação hospitalar que evidenciou dissociação proteíno-citológica compatível com o diagnóstico de SMF. Apresentou boa evolução clínica com alta após 25 dias de internação e importante melhora do quadro. Relato de caso por meio da coleta de dados do prontuário e revisão da literatura. A SMF é uma patologia de acometimento raro na faixa etária pediátrica, por isso é fundamental que seu diagnóstico seja realizado e manejado da maneira correta e eficaz. É caracterizada pela destruição da bainha de mielina que resulta em interação inadequada entre os axônios, e como resultado os nervos não conseguem transmitir sinais eficientes e os músculos passam a perder a capacidade de responder aos comandos do cérebro. O diagnóstico é realizado pelas características clínicas e exclusão de outras causas de polineuropatia. A principal diferença clínica entre SMF e as outras variantes da SGB é que na SMF os primeiros grupos nervosos a serem afetados são os pares cranianos, resultando em alterações do movimento ocular e somente depois o desequilíbrio. Nas outras variantes, a paralisia é geralmente ascendente com fraqueza muscular progressiva e início nos membros inferiores. O diagnóstico da SMF é realizado pelas características clínicas e pelo curso da doença. A punção lombar para análise do líquor cefalorraquidiano (LCR) é necessária para estreitar o diagnóstico diferencial. Uma característica é a dissociação proteíno-citológica, que é uma elevação da proteína do líquor na ausência de resposta celular, encontrada em aproximadamente 90% dos pacientes no pico da doença. O tratamento da SMF é baseado principalmente em cuidados adequados de suporte, controle da dor, suporte respiratório quando for necessário, e nos casos graves a imunoterapia. Com esse caso, é importante destacar que a necessidade do conhecimento da doença em crianças, condição de apresentação infrequente, mas típico, que requer reconhecimento rápido e manejo adequado.

1. Universidade De Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil
2. Instituto De Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Rio De Janeiro, RJ, Brasil

Endocardite infecciosa e seus fatores de risco em uma paciente com doença Renal crônica: relato de caso

Luma Amorim Carlos¹; Alexandre Mitsuo Mituiassu¹

Introdução

A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção que tem como sítio primário o endocárdio das válvulas cardíacas.¹ Em pacientes usuários de drogas intravenosas e em pacientes com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, o *Staphylococcus aureus* é o principal agente infeccioso.^{1,2} O diagnóstico de EI é desafiador e requer uma elevada suspeita clínica e os critérios de Duke são fundamentais para tal, definindo três categorias: diagnóstico definitivo, diagnóstico provável e diagnóstico afastado.^{3,4} O tratamento se baseia em associação de antibióticos parenterais por tempo prolongado. A doença renal crônica (DRC) é de alta prevalência no Brasil e o maior número de pacientes renais crônicos dialíticos estão em terapia de hemodiálise, precisando, portanto, de um acesso vascular.⁵ Um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Cardiologia evidenciou que os equipamentos usados na hemodiálise, principalmente os cateteres femorais, representam um fator de risco para a endocardite.⁷ O relato tem a finalidade de apresentar um caso de uma paciente portadora de diabetes mellitus tipo 2 (DM) e de DRC em terapia dialítica e os fatores de risco (FR) apresentados por essa e os correlacionar com achados na literatura para o desenvolvimento da endocardite infecciosa.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 73 anos, portadora de DM e DRC dialítica foi transferida do Hospital Nelson Sales, em tratamento para infecção do trato urinário baixo com ciprofloxacino, para o Hospital Universitário de Vassouras (HUV) com desorientação, desvio da comissura labial à direita e ptose palpebral à direita. Vinha em terapia de hemodiálise três vezes por semana com acesso venoso profundo em femoral direita. Tomografia de crânio realizada na admissão com sinais prováveis de acidente vascular encefálico isquêmico. No 4º dia de internação devido piora clínica por sepse, o esquema antibiótico foi trocado para meropenem. No 7º dia, ainda sem melhora clínica relevante, devido percepção de sopro sistólico pancardíaco com epicentro em foco mitral (4+/6+), foi solicitado ecocardiograma (ECOTT). No mesmo dia a vancomicina foi associada devido suspeita de EI. No ECOTT observou-se na válvula mitral uma grande vegetação prolapsando para o átrio direito. Durante toda a internação até o momento do diagnóstico da EI a paciente apresentava leucocitose com desvio, anemia inflamatória, trombocitopenia (nadir 76.000/mm³) e proteína C reativa elevada e não apresentou febre. Diante de um diagnóstico definitivo de EI, a antibioticoterapia foi mantida e a paciente seguiu realizando as hemodíalises semanais sob cuidados intensivos. Por se encontrar hemodinamicamente instável e devido às comorbidades presentes a intervenção cirúrgica não foi possível. Após 32 dias de internação evoluiu para óbito.

Discussão

Dada a hipótese de EI, esta foi reforçada pelos sinais laboratoriais de infecção, da nova regurgitação valvar e do achado ecocardiográfico. Os FR para EI em paciente renal crônico em terapia dialítica são: uremia, lesão imunológica, bacteremia recorrente no decorrer da diálise e a inflamação crônica.¹ A existência de hemoculturas positivas corrobora para o diagnóstico definitivo de EI. Além de auxiliarem no reconhecimento desta enfermidade, permitem provar a sensibilidade antibiótica do agente etiológico encontrado.³ A solicitação de hemoculturas neste caso não foi realizada pela vigência de antibioticoterapia. A vancomicina é frequentemente incluída na terapia antibiótica na suspeita de EI causada pelo *S. aureus* até que se aguarde os resultados microbiológicos.⁸ Nesse caso, a vancomicina foi adicionada ao meropenem devido à suspeita de infecção por *S. aureus* tendo em vista que a paciente era portadora de acesso venoso profundo para hemodiálise e esse é o agente infeccioso principal nesses pacientes. Apesar da indicação cirúrgica no caso, devido à insuficiência cardíaca refratária secundária à endocardite e vegetação grande com evento embólico (no caso, acidente vascular encefálico isquêmico), a paciente não tinha condições clínicas para ser submetida à cirurgia cardíaca. A relação entre o rebaixamento do nível de consciência e a endocardite infecciosa é frequente.¹ A paciente deu entrada no HUV principalmente pelo quadro neurológico secundário ao evento isquêmico, por provável

embolização séptica precoce. A deterioração neurológica progressiva associada às complicações metabólicas secundárias à sepse e insuficiência renal foram os motivos do óbito da paciente.

Conclusão

Este relato de caso clínico descreve e discute os fatores de risco de uma paciente renal crônica para EI da literatura e do caso relatado. Visto que a mortalidade é alta nesses pacientes, a profilaxia da EI nesses deve ser interrogada e pesquisada.

1. Universidade de Vassouras, medicina. Vassouras, Rj, Brasil.

Esofagite Eosinofílica: remissão à longo prazo com dieta empírica de exclusão alimentar

Diogo Pereira de Moraes¹; Adriana Rodrigues Ferraz²

Esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença crônica, imunomediada, caracterizada clinicamente pela presença de sintomas relacionados à disfunção esofágica e histologicamente pela presença de eosinofilia na mucosa esofágica. Diversos estudos epidemiológicos vêm confirmando a suspeição de que há um aumento real na incidência da doença. Atualmente é a EoE principal causa de disfagia e impactação alimentar em crianças e adultos jovens, e a segunda causa mais prevalente de esofagite crônica, atrás somente da DRGE. A EoE é uma doença progressiva com grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. A ausência de diagnóstico e tratamento adequados, ainda que inexistam sintomas clínicos, pode levar a alterações estruturais irreversíveis no esôfago. É comum que, no início, os pacientes se apresentem em bom estado geral de saúde e inclusive assintomáticos. Quando presentes, os sintomas variam principalmente de acordo com a faixa etária do paciente. Em crianças, as queixas vão desde dor abdominal, náuseas, refluxo, disfagia e tosse, até perda do apetite, recusa alimentar e distúrbios do sono. Em adultos, os sintomas mais frequentes são disfagia, impactação alimentar e dor retroesternal. Este paciente do sexo masculino, branco, 27 anos, com história de asma na infância, dermatite de contato e rinite alérgica, com crises diárias de intenso prurido nasal e ocular, com queixas de longa data de refluxo e pirose, em uso contínuo de Pantoprazol 40mg/dia, passou a relatar aumento de secreção mucóide, disfagia progressiva para alimentos sólidos e dor retroesternal opressiva, episódica, de grande intensidade, que irradiava para região clavicular. Procurou atendimento ambulatorial com gastroenterologista e submeteu-se à endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou placas descarnadas esbranquiçadas difusamente aderidas em todas extensões do esôfago e sulcos longitudinais esofágicos. Foi realizado teste da urease, cujo resultado deu negativo, além de biópsias dos terços proximal, médio e distal do esôfago, corpo e ântro gástricos. A avaliação anatomopatológica dos fragmentos das biópsias do esôfago demonstrou epitélio esofágico com paracetose, hiperplasia de células da camada basal, exocitose de incontáveis eosinófilos por campo de grande aumento, com formação de microabscessos. Resultado clínico e histologicamente compatível com EoE. Após duas tentativas, sem sucesso, de tratamento com corticoesteroides tópicos deglutidos, foi proposta terapia com dieta de exclusão alimentar empírica, elaborado um plano nutricional em conjunto com nutricionista clínico, excluindo os 6 grupos de maior potencial alergênico: leite, ovo, trigo, soja, amendoim/castanhas e frutos do mar. Após adesão do paciente à dieta por 8 semanas ininterruptamente. Durante essas semanas, o paciente referiu diminuição progressiva dos sintomas. Em seguida foi realizada nova EDA, que evidenciou apenas discretos sulcos longitudinais esofágicos e mucosa de porção distal com aspecto nacarado, sem presença de eosinófilos na mucosa esofágica. No momento da EDA, além da remissão histológica, o paciente encontrava-se praticamente assintomático, relatando que os sintomas de disfagia e dor torácica, que antes eram constantes, agora limitavam-se a poucos episódios mensais e em intensidade muito menor. Após remissão comprovada, é possível iniciar a tentativa de reintrodução gradual dos grupos alimentares que foram excluídos, sempre seguida de reavaliação endoscópica antes de cada nova reintrodução. Apesar da terapia de exclusão dietética ter se mostrado uma medida efetiva de tratamento da EoE, dados correlacionando sua eficácia clínica na remissão à longo prazo da doença ainda são escassos, principalmente em adultos. A maioria dos estudos envolvendo terapia dietética, até então, concentraram esforços no controle da doença e remissão a curto prazo. Uma vez retirados os gatilhos alimentares, é possível conseguir remissão clínica e histológica à longo prazo sem necessidade de terapia farmacológica. No entanto, os impactos físicos, psíquicos e sociais são determinantes na qualidade de vida do paciente e tornam a adesão às dietas um desafio real na prática médica.

1 Universidade de Vassouras; 2 Universidade de Vassouras

Abordagem cirúrgica de úlcera de Marjolin e Zetaplastia: um relato de caso

Gabrielle de Almeida Dias Rocha¹; Taynara Antunes de Carvalho¹; Victória dos Reis Portela¹; Vinicius Silva Coutinho¹; Lucineide Martins de Oliveira Maia²; Luis Armando Luna Pascual²

Introdução

Úlcera de Marjolin (UM) é descrita como uma lesão maligna, geralmente do tipo Carcinoma Espinocelular, que ocorre normalmente sobre uma ferida crônica 1,3,5. Pacientes vítimas de queimadura constituem o maior grupo de risco para tal patologia.² O objetivo deste trabalho consiste em relatar um caso de uma paciente adulta que apresentou Úlcera de Marjolin e contratatura cicatricial por queimadura. Relata-se a abordagem cirúrgica em dois tempos, como tratamento para o caso e a abordagem de Zetaplastia para melhorar o acometimento funcional do membro superior direito (MSD).

Relato de caso

MDR, 44 anos, feminina, sem comorbidades, foi encaminhada ao Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário de Vassouras para avaliação de lesão ulcerada em cicatriz prévia, necessitando de avaliação para possível abordagem cirúrgica. Relata que aos 11 anos sofreu queimadura térmica por explosão de um recipiente de Óleo Diesel, que acometeu todo MSD, foi internada e tratado o quadro agudo. Apresentou comprometimento funcional de todo MSD e uma lesão de aspecto eritematoso, ulcero-vegetante que aumentou progressivamente nos últimos três anos, com diâmetro de cerca de 7 cm no antebraço direito. (Figura 1)

No dia 30/03/2019 foi realizada cirurgia para exérese do tumor e realização de biópsia com anestesia local, com 2 cm de margem de segurança, evidenciando que não havia invasão muscular e nem acometimento nervoso (Figura 2). No dia 20/04/2019 foi realizada nova abordagem cirúrgica, sob anestesia local a paciente foi submetida a enxertia de pele parcial obtida da região supra-púbica do abdome e realizada Zetaplastia na fossa anticubital direita em 60° para a liberação de bridas, transposição dos retalhos e a síntese da pele na auto-enxertia (Figura 3 e 4). Foi necessário curativo oclusivo com gazes, Kollagenase e atadura de gesso mantendo o MSD estendido, além de Dreno de Penrose em cicatriz abdominal.

Paciente evoluiu satisfatoriamente bem e se manteve em acompanhamento ambulatorial, no dia 06/05/2019 foram retirados os pontos e se evidenciou um possível sofrimento vascular da cicatriz, foi indicado a assepsia diária, continuação da Kollagenase e repouso. (Figura 5) No dia 10/06/2019 retornou a consulta com melhora do aspecto da lesão e visível aumento da amplitude de movimentos do MSD (Figura 6) e resultado de biópsia que evidenciou Carcinoma Espinocelular Infiltrante com margens livres. Programada nova abordagem cirúrgica para realização de Lipoenxertia Autóloga na ferida, para melhora da cicatrização.

Discussão e Conclusão:

Úlcera de Marjolin (UM) é um carcinoma de células escamosas, que normalmente ocorre em feridas crônicas 2,3 A maioria dos casos descritos relata malignização de uma cicatriz de queimadura.³ No entanto, já foi evidenciado que outras feridas crônicas podem levar a tal patologia. Sua epidemiologia ainda é pouco conhecida¹, sabe-se que o risco de desenvolver UM é duas vezes mais comum em homens.

O diagnóstico pode ser feito clinicamente, com aparecimento de lesão Ulcero-vegetante em ferida crônica. Sua confirmação é histopatológica e deve ser obtida por biópsia excisional e o tratamento é a exérese cirúrgica com margem de segurança. A radioterapia deve ser estudada individualmente 1,2,3

A Zetaplastia é um procedimento cirúrgico que apesar de simples obtém bons resultados, sendo usada para melhorar a mobilidade de áreas fibrosadas em cicatrizes. 4,5 A técnica consiste em transporte de 2 ou mais retalhos triangulares angulados em 60 ° que trocam o eixo da cicatriz, melhorando em até 75% a contração. Deve-se estender até o tecido gorduroso subjacente para garantir a vitalidade do enxerto.7,8,9

É altamente importante o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico da Úlcera de Marjolin, devido a sua malignidade e fácil resolubilidade em diagnósticos precoces e melhor prognóstico. Além disso, é necessário orientar pacientes com feridas crônicas sobre o possível surgimento de tal patologia, para que estes estejam atentos aos sintomas iniciais e permaneçam em acompanhamento médico. O diagnóstico por biópsia nos garante a confirmação do diagnóstico sendo a abordagem cirúrgica a melhor terapêutica 1,2,3,4 . Além disso, foi relatada a técnica de Zetaplastia, que apesar de simples oferece resultados satisfatórios na qualidade de vida do paciente.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras /RJ, Brasil.

2. Hospital Universitário de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil.

Necrobiose lipoídica diabetorum: relato de caso

Bruna Miranda Wienen¹; Beatriz Pina Leibold²; Brunela Silva Fonseca³; Camila Miranda Wienen⁴; Maria Olívia de Lima Bezerra⁵; Cristiane de Souza Marques Rocha⁶

A Necrobiose Lipoídica (NL) é uma patologia dermatológica de característica granulomatosa crônica rara, com etiologia e patogênese idiopática. Em 75-90% dos casos, está associada ao diabetes mellitus (DM), podendo então ser denominada “necrobiose lipoídicadiabetorum”. Este artigo tem como objetivo relatar o caso de um paciente do sexo masculino de 47 anos, diabético, que desenvolveu lesão em região pré-tibial esquerda, sendo diagnosticado com Necrobiose Lipoídica. Essa dermatose gera grande impacto na qualidade de vida do paciente e pode evoluir com complicações, como infecção e ulceração. Além de sua baixa prevalência, tende a ser subdiagnosticada pelo desconhecimento da mesma, sendo importante o relato de caso de tal entidade, para que o diagnóstico e a terapia precoces sejam realizados.

Paciente do sexo masculino, 47 anos de idade, portador de DM tipo 2 há 4 anos, fazendo uso de Metformina, desde então com mau controle metabólico evoluindo com necessidade de insulino terapia há 2 anos. Tabagista 46,5 anos-maço, nega etilismo. Relata início de lesão há 3 anos de placa eritemato violácea em região pré-tibial esquerda, assintomática. Fez uso de Cefalexina, Sulfadiazina de Prata e Colagenase, sem melhora do quadro. A lesão cresceu progressivamente, evoluindo com múltiplas ulcerações coalescentes de fundo amarelado e dolorosas. Houve, concomitantemente, o surgimento de duas placas violáceas de 3cm em seus maiores diâmetros em região pré tibial direita (Figura 1). O aspecto clínico e evolução da história sugeriam NL. Foi realizada biópsia na lesão da perna direita para esclarecimento diagnóstico, tendo o exame histopatológico confirmado a hipótese. O paciente foi orientado a cessar o tabagismo, realizar melhor controle metabólico, além de iniciar terapia com corticosteroide tóxico.

A Necrobiose Lipoídica é um distúrbio raro com maior predominância no sexo feminino (proporção de mulheres para homens 3:1). Acomete adultos jovens e de meia-idade com maior frequência, manifestando-se em torno dos 30 anos quando está associada à DM tipo 1 e em torno dos 40 anos em pacientes não diabéticos ou com DM tipo 2. Há relatos de sua ocorrência em crianças. As lesões da NL apresentam-se como pápulas ou placas eritematosas que crescem centrifugamente e tornam-se marrom-amareladas, com atrofia e telangiectasias no centro e bordas eritematosas elevadas. Podem apresentar-se como únicas ou múltiplas e frequentemente tendem a coalescer. Em sua maioria, são bilaterais e atingem os membros inferiores. A área pré-tibial é a mais acometida, no entanto pode afetar o couro cabeludo, face, tronco, pênis ou ainda haver apresentação difusa, crônica, com progressão variável, podendo haver longos períodos de quiescência ou até mesmo resolução. Diagnósticos diferenciais incluem granuloma anular, sarcoidose, esclerodermia ou outras doenças ulcerativas como ulcera venosa crônica. A patogênese da NL permanece indefinida, no entanto, microangiopatia diabética, vasculites por imunocomplexo e anormalidades do colágeno são algumas das possíveis causas. A hiperlipidemia, o refluxo venoso, além de outros fatores patogênicos, podem desencadear lesões teciduais na parte inferior das pernas e levar ao aparecimento da doença. O diagnóstico da NL é essencialmente clínico, mas a realização de uma biópsia da lesão pode ser útil nos casos de início recente ou naqueles com apresentação atípica. Várias terapêuticas podem ser propostas, mas nenhuma demonstrou ser realmente eficaz. Terapias de primeira linha incluem cessação do tabagismo e controle diabético. Os corticosteróides tópicos e intralesionais podem ser eficazes, sendo esta a terapêutica de escolha para o paciente. Os tratamentos de segunda linha incluem corticosteróides sistêmicos, ciclosporina, ticlopidina, nicotinamida e clofazimina. Ésteres ácidos parecem ser uma opção terapêutica promissora para pacientes com NL ativa que não respondem a corticosteróides tópicos ou intralesionais.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
2. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
3. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
4. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
5. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
6. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

Alerta cirúrgico para biópsia Endomiocárdica na miocardite: uma análise epidemiológica e revisão da literatura

Isabela Valadão Louzada¹; Patrick de Abreu Cunha Lopes¹; Paulo Roberto Hernandez Júnior¹; Lucineide Martins de Oliveira Maia²

A miocardite é uma doença inflamatória do cardiomiócito que tem na Biópsia Endomiocárdica (BEM) o padrão-ouro para o diagnóstico. A BEM consiste na obtenção de pequenos fragmentos do músculo cardíaco para análise microscópica e possui uma sensibilidade extremamente variável, com 0 a 80% de positividade, e sua capacidade diagnóstica está intimamente relacionada com a fase evolutiva da doença. Nas fases tardias da doença, só é possível detectar a ativação inflamatória em cerca de 8% dos casos. A miocardite também pode ser uma das grandes responsáveis pelas mortes súbitas que ocorrem em adultos jovens com menos de 40 anos de idade. A literatura demonstra uma incidência de 8,6 a 12% entre os indivíduos que vieram falecer deste evento. Em estudo recente, as cardiomiopatias, nas quais se inclui a miocardite, foram a causa de 354 000 mortes diagnosticadas pela BEM, um aumento em relação às 294 000 em 1990. O trabalho teve como objetivo analisar o atual panorama de procedimentos de Biópsia Endomiocárdica realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de Biópsia de Miocárdio/Endocárdio, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – dezembro de 2008 a dezembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento. Os descritores usados para busca foram: “Endomyocardialbiopsy”, “Myocarditis” e “EndomyocardialSurgery”. Foi realizada uma revisão da literatura com base em 3 artigos (2015 até 2019) em inglês e espanhol, disponíveis nos bancos de dados SciELO, Lilacs e PubMed. No período analisado observaram-se 9212 internações para a realização de procedimentos de Biópsia de Miocárdio/Endocárdio, representando um gasto total de R\$ 10.088.507,11, sendo 2018 o ano com maior número de internações (1.772) e responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 1.681.540,69). Do total de procedimentos, 3.037 foram realizados em caráter eletivo, 6.175 em caráter de urgência, tendo sido considerados de alta complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 0,40, correspondendo a 37 óbitos registrados, sendo 2011 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 1,17, enquanto o ano de 2014 apresentou a menor taxa, 0,13. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 0,36 em comparação a 0,42 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 2,3 dias. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 4.804 internações, seguida da região Sul com 1.938, Centro-Oeste com 1.249, Nordeste com 1.220 internações, sendo que não constam no sistema dados da região Norte. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 2.532. A região com maior número de óbitos foi a Sul com 17 casos, enquanto a região Nordeste apresentou o menor número, com 2 óbitos registrados. A região Sul apresentou a maior taxa de mortalidade (0,88), seguida pela região Sudeste (0,31). Já a região Nordeste apresentou a menor taxa, com valor de 0,16. Pode-se observar, a partir do presente estudo, o panorama de procedimentos de BEM nas regiões brasileiras em um período de 10 anos. É válido salientar que o sistema não contabiliza dados da região Norte. Além disso, é necessária a notificação correta dos procedimentos, devido à ausência de determinadas informações, visando aprimorar a análise epidemiológica atual.

1. Discente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil
2. Docente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil

Avaliação da não adesão da vacina contra o HPV na comunidade Ipiranga e Itakamosi entre meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos em Vassouras-RJ no ano de 2017

Marina de Freitas Genari Severino¹; Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves¹; Maria Cristina de Almeida Souza¹

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é um pequeno vírus de ácido desoxirribonucleico circular pertencente à família Papoviridae. Pode ser transmitido por via sexual, sendo este um fator de risco preponderante para o surgimento do câncer de colo de útero. O Papilomavírus Humano – HPV – assume especial destaque na Saúde Pública diante do reconhecimento de sua associação com a ocorrência do câncer uterino, entre outros. O câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina com estimativa de novos casos de 16.370 no ano de 2018 pelo INCA, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Diante disso, fica claro a importância de se estudar sobre a adesão da vacinação, que funciona como forma de prevenção primária da neoplasia. O objetivo deste trabalho foi avaliar a não adesão da vacina contra o HPV na comunidade Ipiranga e Itakamosi entre meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos em Vassouras- RJ no ano de 2017 e elucidar o motivo pela baixa procura da vacina nas comunidades em questão, pois a cobertura vacinal apresentada para a faixa etária supracitada foi de 47,12% em meninas e de 41,01% em meninos. Sobre a metodologia, foi utilizada uma busca quantitativa de doses aplicadas e cobertura vacinal nas faixas etárias em estudo, através do Sistema de Informação em Saúde o DATASUS da Unidade de Estratégia Saúde da Família do território de Itakamosi, que abrange os bairros Ipiranga e Esquina da Alegria no município de Vassouras- RJ, no ano de 2017. A cobertura vacinal no ano de 2017 em meninas de 9 a 14 anos foi 47,12% e em meninos de 11 a 14 anos foi de 41,01%. Utilizamos para pesquisa de campo um questionário contendo 17 perguntas sobre o HPV. O questionário foi elaborado pelo autor e pelo orientador da pesquisa e aplicado aos responsáveis pelas crianças e adolescentes na faixa etária supracitada, que não se apresentaram para tomar a vacina contra o HPV e que não completaram as doses da vacina. Os questionários foram aplicados pelo autor da pesquisa. Os componentes do questionário são: conhecimento sobre o HPV, suas formas de prevenção, se já foi vacinado, se acredita na eficácia da vacina, se acredita que a vacina seja um incentivo a prática sexual precoce, se sabia da disponibilidade da vacina para o filho (a), se sabia que a vacina é aplicada em duas doses e por qual motivo não levou seu filho (a) a se vacinar. Este artigo é vertente do projeto “Perfil Sócio-demográfico e Condições de Saúde de Famílias Residentes nos Bairros de Ipiranga e Itakamosi em Vassouras, RJ”. Analisando os resultados desta pesquisa, foi possível identificar que 58,3% dos entrevistados nunca ouviram falar sobre o HPV; 54,8% souberam responder o que é o HPV e que 91,7% não souberam responder sobre a prevenção do HPV. Corroborando com os resultados, um estudo sobre a influência do conhecimento na atitude frente à vacina contra o HPV: ensaio clínico randomizado mostrou que o conhecimento prévio sobre o HPV e sua vacina é escasso, insuficiente e por vezes equivocado. Uma revisão de literatura feita em 2014 que buscou avaliar a eficácia da vacina HPV distribuída pelo SUS a partir de 2014 em dados de FUTURE I que demonstram que a vacina tetravalente é altamente eficaz (100%) na prevenção de lesões que estivessem associadas ao HPV 6, 11, 16 e 18. De acordo com os resultados obtidos na nossa pesquisa, foi possível identificar que 54,2% dos entrevistados não acreditam que a vacina contra o HPV seja eficaz. Diante disso, fica claro que ainda faltam campanhas para orientar e informar a população sobre a vacinação. Também foi possível observar que 66,7% dos entrevistados não concordam que a vacina contra o HPV seja um incentivo a prática sexual precoce, já que os adolescentes se preocupam mais com a contracepção do que com a prevenção de DSTs. Outro dado que chamou a atenção, foi que 87,5% responderam que seu filho nunca teve nenhuma informação sobre o HPV na escola. Diante disso fica claro que a escola tem que atuar de forma a orientar os alunos sobre um tema tão importante, seja por meio de palestras ou por meio de trabalhos. Foi possível observar que o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não atende às necessidades da comunidade em

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

questão, principalmente pelo fato de que horário de funcionamento coincide com o horário de trabalho dos pais ou responsáveis. Os resultados reforçam que a não adesão à vacina contra o HPV nas comunidades estudadas ainda é baixo, como podemos observar com a cobertura vacinal de 47,12% em meninas e 41,01% em meninos na faixa etária supracitada, longe da meta prevista de manter uma cobertura vacinal acima de 95% como preconiza o Ministério da Saúde. É necessário haver intervenções educativas nas escolas, comunidades em geral e melhorar as campanhas de vacinação, pois, com um maior sucesso na cobertura vacinal implicaria na redução de doenças genitais associadas ao vírus, principalmente o carcinoma de colo uterino.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. PIBIC- FUSVE

Rim em ferradura: relato de caso

karine grillo de freitas¹; sávio reis fonseca¹; valdir donizeti alves junior²; emílio conceição de siqueira³

O rim em ferradura consiste na má formação congênita renal de fusão mais comum, com incidência, em média, de 0,25% da população, ou seja, aproximadamente 1 em cada 400 pessoas. Como em outras anomalias de fusão é mais comumente encontrado em homens do que em mulheres com relação de 2 a 3:1. Está frequentemente associado a malformações, tanto as geniturinárias, quanto as não geniturinárias e também são parte de uma série de síndromes como as cromossômicas/aneuploidias: Síndrome de Down, Síndrome de Turner (até 7% têm rim em ferradura), Síndrome de Edward (até 20% têm rins em ferradura), síndrome Patau (trisomia 13). Consiste na distinção de duas massas renais em cada lado da linha média, ligadas por parênquima ou um istmo fibroso por seus respectivos polos, sendo mais comum o inferior (95% dos casos). Apesar de ser assintomático, em grande parte dos casos, está sujeito a uma série de complicações como resultado de má drenagem, o que pode ocasionar sintomatologia clínica. Essas complicações incluem: hidronefrose secundária à obstrução da junção uretero-piélica, infecção e cálculos renais, aumento da incidência de malignidade, em especial o tumor de Wilms e o carcinoma de células transicionais, além do aumento da susceptibilidade ao trauma. Além disso, cursa com diversificadas variações anatômica, principalmente no que tange a sua vascularização, fato que merece evidência na área cirúrgica, visto que essas peculiaridades tornam o procedimento mais complicado. Principalmente quando está relacionado à cirurgia na doença vascular aorto-iliaca, em que aumenta expressivamente a sua dificuldade. A tomografia computadorizada (CT) não é normalmente pedida em pacientes na fase pré-operatória de doenças oclusivas e em consequência disso, a existência de rim em ferradura pode facilmente não ser notada, podendo gerar graves problemas intra-operatórios, devido a posição anterior do istmo e anomalias associadas das artérias e sistemas coletores, gerando sérios problemas técnicos. O presente estudo visa relatar o achado de um Rim em em uma peça cadavérica exposta no museu do Laboratório de Anatomia da Universidade de Vassouras. Foi avaliado um Rim em Ferradura o qual possui medidas de 28 cm de comprimento total (40% acima do normal), 5 cm de largura e 2,5 cm de espessura, ambas consideradas dentro do padrão de normalidade. O hilo renal está situado mais anteriormente que o normal e foi identificada a duplicação e a dilatação das veias renais de cada lado. Observou-se também a compressão da artéria aorta e da veia cava inferior, posteriormente ao local de fusão dos rins. Além disso, há expressiva impressão da artéria mesentérica inferior sobre o parênquima renal que limitou a ascensão do órgão. A compressão da Aorta Abdominal e da Veia Cava Inferior tem relevância na clínica e na cirúrgica. Consequentemente, esperam-se sintomas como: claudicação intermitente, dor abdominal, edema de membros inferiores, astenia de membros inferiores, diminuição do débito cardíaco, tonturas e náuseas. Ao exame físico pode-se encontrar massa pulsátil no abdome, ausência de pulsos distais, diminuição de temperatura, ausência de fâneros e atrofia muscular. Variações renais podem expressar uma influência significativa na predisposição a enfermidades, alterações nos exames clínicos e em exames complementares. Portanto, os cirurgiões que possuem conhecimento prévio da anomalia podem minimizar iatrogênicas cirúrgicas.

1. Discente do curso de graduação em medicina. Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, 2. Brasil;
2. Discente do curso de graduação em medicina. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, Brasil;
3. Docente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, Brasil.

Miocardite crônica granulomatosa: análise epidemiológica e geográfica da infecção esquistossômica no Brasil

Pedro Henrique Matos Monteiro¹; Patrick de Abreu Cunha Lopes¹; Paulo Roberto Hernandes Júnior¹; Lucineide Martins de Oliveira Maia²

A Esquistossomose é a segunda doença parasitária mais frequente na atualidade, ficando atrás apenas da Malária. Acomete 200 milhões de pessoas no mundo. A Miocardite Crônica Granulomatosa (MCG) é uma rara associação de localizações no miocárdio e compromete o indivíduo pela presença dos ovos ou dos vermes adultos. Os ovos, ao alcançarem o miocárdio, podem produzir granulomas graves. São observados raramente, em portadores de infecções maciças, com fístulas ou comunicações arteriovenosas, como descrito em necropsias. Existem ainda relatos de ovos e granulomas no ventrículo direito associado à trombose mural e no átrio e ventrículo direitos, com endomiocardiofibrose concomitante. Conforme a literatura, essa relação foi apurada em 15 pacientes egípcios, no total de 10.000 esquistossomóticos examinados pela ecografia. A Miocardite Crônica Granulomatosa representa uma forma ectópica e incapacitante da infecção. Nosso objetivo é apresentar o cenário epidemiológico da esquistossomose no Brasil e alertar a população sobre a MCG. Foi feita uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Produção Hospitalar do SUS (SIH/SUS) – do mês de janeiro de 2012 a janeiro de 2019, avaliando internações, óbitos e taxa de mortalidade. Os descritores usados para busca foram: “esquistossomose”, “schistosomiasis” e “miocardite”. Foi realizada uma revisão da literatura com base em 3 artigos (2014 até 2019) disponíveis nos bancos de dados SciELO, Lilacs e PubMed. No Brasil 4.969.837 pessoas são acompanhadas pelo Programa de Controle da Esquistossomose. Destas, 109.505 pessoas (2%) do programa foram internadas para tratamento. A maioria das internações ocorreram nas regiões Nordeste (48% dos casos) e Sudeste (44%) e as maiores taxas de positividade nas regiões Nordeste (4.45%; 646 internações a cada 100.000 habitantes) e no Sudeste (2.89%; 589 internações a cada 100.000 habitantes). Estudos revelam uma taxa de mortalidade de 4.28 óbitos a cada 1.000 procedimentos/ano. A maior taxa de mortalidade foi do Acre (1 internação, 1 óbito e taxa de mortalidade de 100,00), Mato Grosso do Sul (3 internações, 1 óbito e taxa de mortalidade de 33,33) e Goiás (7 internações, 2 óbitos e taxa de mortalidade de 28,57), enquanto o estado com menor taxa de mortalidade foi Minas Gerais (274 internações, 4 óbitos e taxa de mortalidade de 1,46). A Miocardite Crônica Granulomatosa pode estar presente em vários estados brasileiros devido à gravidade da infecção esquistossômica no país. Nesse sentido, o Sistema de Saúde brasileiro lançou o programa de controle da esquistossomose. Por fim, analisar a prevalência, taxa de mortalidade e número de óbitos permite tanto o desenvolvimento de medidas de prevenção como de tratamento.

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

1. Discente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ;
2. Docente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ

Linfoma de hodgkin esclerose nodular: relato de caso **carolina teixeira¹; tiago de oliveira boechat²**

Linfomas são neoplasias malignas hematológicas, que disseminam-se para os demais tecidos linfóides com predileção para linfonodos cervicais, supraclaviculares, axilares e mediastinais ocasionando o desenvolvimento de massas tumorais^{1,2}. O grupo dos linfomas é subdividido imuno-histologicamente em Linfoma de Hodgkin (LH) e Linfoma Não-Hodgkin (LNH) com características clínicas e histopatológicas peculiares dentro de cada subtipo de linfoma^{2,3}. No Brasil, em 2018 a incidência de LH foi de 1.480 em homens e 1.050 em mulheres; enquanto a de LNH foi de 5.370 em homens e 4.810 em mulheres⁴. A apresentação do LH é bimodal aos 20 e 50 anos^{2,3}. Os subtipos clássicos do LH são diferenciados em estudo imuno-histoquímico em: (1) Linfoma com predomínio linfocitário (2) Esclerose nodular (3) Celularidade mista (4) Depressão linfocitária^{3,5}. O objetivo deste trabalho é descrever o caso clínico de um paciente com linfoma de Hodgkin esclerose nodular – estadiado B II com boa resposta inicial ao protocolo ABVD.

Homem 31 anos, casado, motorista, natural de São Gonçalo, sem comorbidades. Iniciou quadro de tosse seca três meses antes do diagnóstico, evoluindo com sudorese intensa vespertina sem mensuração da temperatura. Percebeu perda ponderal de aproximadamente 20Kg, associada a inapetência. Evoluiu com queixa de dispnéia aos médios esforços além de dor torácica pleurítica, agravada nas crises de tosse e que o fizeram procurar o serviço de saúde. O quadro foi conduzido como pneumonia com tratamento antibiótico ambulatorial. Pela persistência das queixas e notando surgimento de linfonodomegalias axilar à direita e supraclavicular bilateral, procurou novo atendimento ficando internado por 6 dias recebendo tratamento empírico para Tuberculose pulmonar. Sem a confirmação do diagnóstico de tuberculose o tratamento foi suspenso e o paciente recebeu alta com a orientação de procurar um pneumologista. Frente à piora evolutiva do quadro clínico não resolvido, procurou atendimento na emergência do Hospital Universitário de Vassouras (HUV) onde foi internado para investigação de doença linfoproliferativa. À admissão apresentava-se hipocorado (+/4+), desidratado (+/4+), afebril, FC: 95bpm. FR: 27irpm. PA: 100x60mmHg. Linfonodomegalias: A) axilar à direita 3cm, B) supraclavicular bilateral (à direita 3 cm e a esquerda 4cm) móveis, indolores, normotermicos, fibroelásticos, não aderidos a estruturas adjacentes, sem sinais de flogose. Dispneico em ar ambiente, murmúrio vesicular diminuído em ápice do hemitórax direito, sibilos inspiratórios e expiratório. Frêmito tóraco-vocal aumentado em hemitórax direito. Sem esplenomegalia ou massas abdominais palpáveis. Imagens da Tomografia Computadorizada (TC) de tórax evidenciando massa sólida, com densidade não homogênea situada no seguimento anterior do lobo superior do pulmão direito, estendendo-se até a região do hilo pulmonar causando redução da amplitude do brônquio do lobo superior (culminando em atelectasia no ápice pulmonar direito); Formações nodulares, a maioria delas subpleurais, esparsas pelos pulmões; Linfonodomegalias no oco axilar direito, no mediastino superior para-traqueais, para aórtica, pré e subcarinais. Realizado biópsia excisional do linfonodo axilar à direita mostrando arquitetura modificada e substituída por proliferação de linfócitos e eosinófilos, em meio a células com núcleos aumentados e vesiculosos, células lacunares e algumas células com núcleo bilobulado. Ausência de infiltração linfomatosa em biópsia de medula óssea. Estudo Imuno-histoquímico confirmando o diagnóstico de linfoma de Hodgkin clássico, subtipo esclerose nodular. Após início do primeiro ciclo de tratamento com protocolo ABVD houve resolução completa das queixas e das adenomegalias. Atualmente, no quarto ciclo, segue assintomático e novas tomografias e PET-TC serão realizadas para avaliar resposta ao tratamento.

Com o diagnóstico precoce é possível alcançar taxas de remissão próximas de 90% com os protocolos quimioterápicos disponíveis⁵. O protocolo ABVD (adriamicina, bleomicina, vimblastina, dacarbazina) é o mais utilizado em primeira linha devido altas taxas de resposta e menos toxicidade quando comparado a outros protocolos mais intensivos como BEACOPP por exemplo⁶. Contudo, ambos tem efeitos tóxicos que precisam ser controlados, cabe ao oncohematologista assistente avaliar o paciente individualmente e associa-lo a linha que melhor se adapta ao perfil de doença avançada ou inicial.

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

1. Acadêmica de medicina da Universidade de Vassouras - Rio de Janeiro - RJ- Brasil

2. Oncohematologista e professor do Hospital Universitário de Vassouras - Rio de Janeiro - RJ- Brasil

Síndrome de Gianotti Crosti: relato de caso

Daniela Emerick Pereira¹; Cristiane de Souza M Rocha¹

A Síndrome de Gianotti-Crosti (SGC), caracteriza-se por erupção simétrica, papulosa, monomórfica, que acomete face, região glútea e extremidades. Ocorre em crianças de 2 a 6 anos de idade. É autolimitada e benigna, surgindo de forma súbita e sua resolução geralmente ocorre em até 6 meses.¹ Se inicia sem alterações do estado geral, ou aparecem sintomas inespecíficos. As lesões podem ser assintomáticas ou raramente pruriginosas. Linfadenopatia e hepatoesplenomegalia não são comuns. Geralmente exames não são necessários e não apresentam grandes alterações.² Foi descrita pela primeira vez em 1953.³ Antes se tinha o vírus da hepatite B como principal causador, hoje sabe-se que o Epstein Barr Vírus (EBV) se tornou a principal etiologia. Ela também pode surgir após imunizações e algumas bactérias também são capazes de desencadeá-la.⁴ O diagnóstico é clínico e não há tratamento específico.³ A biópsia fica reservada para casos duvidosos. O histopatológico é inespecífico e evidencia espongióse focal e paraqueratose com infiltrados linfocitários perivasculares na derme superior.⁵ Não há descrição de recorrência na literatura e as lesões não deixam cicatrizes. Sabe-se que se trata de um quadro raro, apesar de sua incidência e prevalência não serem conhecidos.⁶ Diante da raridade de sua ocorrência, da quantidade de subdiagnósticos e de tratamentos errôneos e desnecessários, o trabalho tem o objetivo de relatar o caso de uma criança com quadro de SGC e discutir suas manifestações e formas de abordagem. Pré escolar, 5 anos, sexo masculino, residente em Vassouras RJ, comparece ao ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário de Vassouras, em bom estado geral apresentando erupções papulosas de distribuição simétrica, pruriginosas, com 15 dias de evolução. Já havia feito uso de prednisolona e antibióticos, estava em uso de repelentes há 12 dias, sem sucesso. Não relatava comorbidades e apresentava cartão vacinal atualizado, tendo sido feita vacina contra Influenza 20 dias antes do aparecimento do quadro. Ao exame: pápulas eritematosas, simétricas em membros superiores, inferiores e glúteo. O restante do exame físico não apresentava alterações, não foram encontradas linfadenomegalias, nem hepatomegalia. Tendo como hipótese diagnóstica SGC, foi prescrito: Hixizine xarope – 5mL 12/12 horas, sabonete glicerinado, óleo mineral hidratante e Caladryl loção. Ao retorno ambulatorial, após 15 dias de tratamento, a criança apresentava melhora da erupção cutânea e desaparecimento do prurido. Ao exame: máculas acastanhadas em membros superiores, inferiores e glúteo. Na ocasião foram solicitados: sorologias de hepatites virais, EBV, Citomegalovírus e testes de função hepática. Todos sem alterações. O paciente em questão pertence ao grupo dos 10% que abrem o quadro após 4 anos de idade.^{7,1} Acredita-se que sua ocorrência se deva a uma reação de hipersensibilidade a antígenos víricos ou bacterianos, assim a sua baixa frequência em adultos se explica pela aquisição de imunidade contra esses antígenos adquirida na infância.¹ Como diagnósticos diferenciais temos o eritema infeccioso que se caracteriza por um eritema malar e máculas no tronco, manifestações não apresentadas pelo paciente.^{8,10} O uso de repelentes que não levaram a melhora do quadro, excluem a possibilidade de prurigo estrófulo.⁹ Outros diagnósticos diferenciais incluem: escabiose, dermatite atópica, línquen plano. ^{8,5} Por ser um diagnóstico clínico, as manifestações apresentadas pelo paciente permitiram fechar o diagnóstico de SGC, não sendo necessário a realização de biópsia de pele.^{8,5} O primeiro caso de associação de SGC com a vacinação contra o vírus Varicela zoster foi descrita por Tomoyouki et al. Poucos casos associados a vacina contra influenza também são descritos, levantando a possibilidade de esta ser a etiologia do caso clínico em questão, visto que o paciente foi submetido a esta vacina dias antes do surgimento do quadro.^{11,12} Alguns autores como Magyarlaki et al¹³ e Shibata et al¹⁴ sugerem que o aparecimento do quadro após imunização é possível porque a vacinação estimularia uma indução imunológica levando ao aparecimento de sintomas característicos da SGC. O paciente relatado, fez uso de anti-histamínicos, o que certamente levou a melhora dos sintomas, já que o tratamento consiste em medicações sintomáticas.¹⁵ Há uma grande quantidade de subdiagnóstico e uso de medicações inoportunas, como relatado no caso onde foi feito uso de antibiótico. As lesões muitas vezes são diagnosticadas erroneamente como lesões virais, impedindo que seja conhecido a prevalência e incidência da doença.⁶ Conclui-se portanto, que o diagnóstico da SGC é clínico e deve ser conhecido para que se evite tratamentos desnecessários, já que o quadro é autolimitado e não deixa sequelas. Os principais agentes etiológicos devem ser pesquisados. Há necessidade de maiores estudos para que se possa correlacionar e compreender a fisiopatologia da síndrome quando induzida por imunização.

¹Universidade de Vassouras, Vassouras RJ, Brasil

Lipoenxertia autóloga em feridas complexas: um relato de caso.

Gabrielle de Almeida Dias Rocha¹; Taynara Antunes de Carvalho¹; Sara Batista de Paula¹; Lucineide Martins de Oliveira Maia²; Luis Armando Luna Pascual²

Introdução:

Feridas complexas, com áreas de fibrose, contração, pouca vascularização e até necróticas, são um desafio para a medicina. Diversas técnicas são utilizadas com o intuito de acelerar do processo cicatricial e melhorar seu aspecto estético e funcionalmente. O tecido gorduroso proveniente da lipossucção contém além de colágeno, fibronectina, diversos fatores de crescimento como VEG e TGF- β 1 e laminina, células tronco mesenquimais. Estas são células precursoras de regeneração com capacidade pró-angiogênica geradoras de neovascularização em tecidos necróticos.^{1,2,3} Após processo de enxertia de gordura em tecido previamente danificado estudos demonstraram melhorias do aspecto local como suavização da textura, elasticidade e regeneração.^{1,4,5} Histologicamente foram observados deposição de colágeno, neovascularização e hiperplasia dérmica. Nota-se a importância do procedimento a partir dos resultados obtidos em estudos prévios somados a facilidade na coleta do material gorduroso para aplicação. Diante disso, o presente estudo objetiva apresentar um caso de abordagem de ferida complexa pós-trauma com Lipoenxertia Autóloga.

Relato de Caso:

LCP, 57 anos, relata que no dia 22/01/2019 sofreu um acidente de moto e teve fratura exposta de fêmur e perda de substância da região do Calcâneo. Após os primeiros socorros em Miguel Pereira foi transferido para o HUV, onde foi realizada fixação externa das fraturas e mantido em sistema de tração do membro, evoluindo posteriormente com anemia e infecção intra-hospitalar. No dia 19/02/2019 foi abordado cirurgicamente pelo serviço de Ortopedia, onde foi realizada a fixação interna com placas e parafusos no fêmur, evoluindo bem no pós-operatório. No entanto, a cicatrização do calcâneo evoluiu desfavoravelmente, sendo necessária a abordagem do serviço de Cirurgia Plástica do HUV.

No dia 25/03/2019 foi abordado cirurgicamente, sendo aspirado aproximadamente 40 ml de tecido adiposo do abdome através de cânulas e inserido nas bordas das feridas (Figuras 1 e 2). A ferida evoluiu com crescimento de tecido de granulação e aparente melhora, sem sinais de infecção (Figuras 3 e 4). Foi feita uma segunda abordagem sob anestesia peridural, onde houve perfuração do Osso Calcâneo com furadeira ortopédica, retirado 60 ml de tecido adiposo na parte inferior de abdome e inserido na ferida. Paciente evoluiu bem, sem queixas algicas, com aparente melhora da lesão e em acompanhamento ambulatorial (Figuras 5 e 6). Está marcada nova abordagem cirúrgica, onde será feita uma centrifugação do tecido adiposo e posterior aplicação na ferida, visando melhorar ainda mais a cicatrização.

Discussão e conclusão

Discussão e Conclusão:

Buscando melhores tratamentos, o uso de células-tronco derivadas do tecido adiposo (Adipose derived stem cell – ADSC),^{1,2} torna-se uma alternativa em cirurgias reparadoras. Sabe-se que células-tronco mesenquimais demonstram rápida expansão in-vitro¹ e um enorme potencial de diferenciação em células maduras como adipócitos, condrócitos, osteoblasto e mioblastos, mostrando múltipla diferenciação da linhagem mesodérmica, sendo portanto ótimas candidatas para atuar em regeneração tecidual. Por se diferenciar também em tecido epitelial e aumentar a formação de tecido de granulação, facilitam o fechamento de feridas^{1,2,5}.

A proliferação é melhor em pacientes mais jovens³, no entanto a idade não interfere na capacidade de diferenciação^{8,3}. Sabe-se que a relação de adipócitos e ADSC é constante independente do índice de massa corporal 1,7. Um estudo demonstrou, após enxerto de gordura autóloga, maior densidade vascular (revascularização) ao redor da ferida, menor desenvolvimento de fibrose e melhor aspecto da cicatriz comparado com injeção de soro fisiológico em queimaduras de ratos em laboratório. Em outro estudo com pacientes mastectomizadas que desenvolveram lesões ulcerativas necróticas pós-radioterapia observou-se remissão da necrose após terapia com lipoenxertia.

As ADSCs podem ser coletadas através de lipoaspiração, desde que seja um procedimento com baixo risco para o paciente^{1,4}. Localizam-se na região perivascular, contendo vasos sanguíneos associados a células de tecido conjuntivo, adiposas e células

tronco. 1,5 O tecido gorduroso parece ser fonte ideal de células regenerativas, tendo em vista que é abundante, pouco custoso e de fácil remoção, além de gerar um microambiente favorável a reconstrução tissular a partir da secreção parácrina de fatores de crescimento. 1,4,5,8

Em vista do potencial reconstrutor das ADSCs em feridas complexas, optou-se como tratamento de eleição para o paciente citado a Lipoenxertia Autóloga. Isso se fez altamente importante neste caso, uma vez que a perda de substância da região Calcânea resultou em um sítio inadequado para uma possível Enxertia, sendo necessário criar tecido de granulação para posteriores abordagens cirúrgicas resolutivas.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras /RJ, Brasil

2. Hospital Universitário de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil.

Obesidade e suas consequências hospitalares: uma análise de dados

Paulo Jonas Boechat da Silveira Junior¹, Paulo Roberto Hernandez Junior², Patrick De Abreu Cunha Lima² & Rossy Moreira Bastos Junior³.

A obesidade é caracterizada por excesso de tecido adiposo que pode prejudicar as funções fisiológicas do organismo, e que vem se tornando, nos últimos anos, uma preocupação para a saúde pública, visto que o número de agravos devido à obesidade é muito grande. No Brasil, a obesidade cresceu 60% ao longo de 10 anos, acometendo 18,9% dos brasileiros, segundo dados governamentais de 2017, além disso outros problemas acompanham a obesidade, dessa forma devemos pensar em obesidade como algo grave para a saúde do indivíduo e também fator de risco a outras doenças como Hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e entre outras. O presente estudo tem como objetivo analisar dados epidemiológicos como mortalidade entre outras implicações hospitalares causados pela patologia metabólica conhecida como obesidade. Foi realizada uma revisão bibliográfica e uma coleta de dados de caráter observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS-Produção Hospitalar do SUS (SIH/SUS) – do mês de janeiro de 2018 até abril de 2019. Foram avaliados o número de internações, taxa de mortalidade, número de óbitos, custo total, faixa etária, distribuição geográfica e temporal dos dados. O número de internações devido à obesidade foi de 18720 mil ao total, sendo a região Sul com o maior número de internações (10693 internações) do país. A taxa de mortalidade em média total no Brasil é de 0,16% e a região Norte com uma numeração de 1,5% sendo a maior. O número de óbitos no período descrito alcança a numeração e 30. O custo para a máquina pública e os setores de saúde privados atinge a 99.181.737reais. A faixa etária com maior número de óbitos esta entre 40 a 49 anos de idade, com 11 óbitos de 30. Conclui-se a partir dos dados, que a obesidade, enquadrada dentro das síndromes metabólicas, atinge um alto número de óbito, uma vez que se trata de uma patologia que tem cura, controlável e bastante conhecida (porém negligenciada) pela maior parte da população. Nesse viés, mostra-se um inaceitável número de óbitos por obesidade, deixando claro, que a doença é de grande prevalência, sendo considerada como um importante fator de risco para outras patologias de alta morbimortalidade, que não estão notificadas neste estudo. É fato que o gasto e o número de óbitos são elevados, evidenciando assim a necessidade de discussão do tema, uma vez que é uma doença totalmente prevenível, então fica claro que prevenir a obesidade é mais barato do que tratá-la a nível hospitalar.

1. Universidade Nova Iguaçu- Itaperuna-RJ- Campus V.(Discente)
2. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ.(Discentes)
3. Docente do curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Macaé), e da Universidade Nova Iguaçu- Campus V- Itaperuna.

Macroprolactinoma no sexo masculino: relato de caso **BRUNELA DA SILVA FONSECA¹; BRUNA MIRANDA WIENEN²; BEATRIZ PINA LEIBOLD³; MARCOS ANTÔNIO MENDONÇA⁴**

O adenoma pituitário é um dos tumores intracranianos benignos mais comuns e tem apresentado taxas de incidência crescentes nos últimos anos. Aproximadamente 40% a 50% dos adenomas da hipófise funcional são prolactinomas. Pesquisas epidemiológicas recentes mostram que a incidência de é de 35-50 / 100.000 pessoas. A prevalência de prolactinomas na população tem como variáveis idade e sexo, sendo mais frequente entre 20 e 50 anos e em mulheres, numa proporção de 10:1. Nota-se, portanto, que se trata de um caso atípico por acometer o gênero masculino, que possui incidência consideravelmente baixa. Tais tumores se caracterizam pela produção anormalmente elevada de prolactina, cuja principal função é estimular a lactação. O aumento desse hormônio também causa hipogonadismo hipogonadotrófico, por inibir a secreção de GnRH, gerando sintomatologia relacionada a deficiência de hormônios sexuais. No homem, os prolactinomas são na sua maioria macroadenomas. A hiperprolactinemia pode, inicialmente, não dar sintomas ou pode provocar, por inibição da produção de hormônio masculino pelos testículos (a testosterona), diminuição da libido, diminuição da potência sexual, infertilidade, que com frequência são atribuídos pelo paciente à sua 'natureza' ou à 'coisas da idade'. Por isto, o tumor vai crescendo até que começa a dar cefaleias e alterações visuais. Muitas vezes esta patologia só é diagnosticada tardiamente após o surgimento de sintomas compressivos devido ao exacerbado crescimento tumoral. Quando os tumores são de grandes dimensões, eles podem comprimir o tecido hipofisário sadio e comprometer a produção de outros hormônios. Relata-se o caso de um paciente de 54 anos, sexo masculino, diagnosticado com macroprolactinoma há 11 anos, com quadro de impotência sexual, diminuição da libido e depressão. Foi realizada dosagem de prolactina e ressonância magnética de sela turca para confirmação da patologia, e desde então o mesmo vem fazendo uso de um Agonista Dopaminérgico (Dostinex®), em doses progressivamente maiores. A queixa de disfunção sexual no sexo masculino deve incluir como hipótese diagnóstica o prolactinoma e diante dessa suspeita clínica é recomendado solicitar a dosagem de prolactina (valor de referência para homens em geral é abaixo de 20 ng/mL, variando de acordo com cada laboratório). Após essa confirmação laboratorial de hiperprolactinemia deve-se proceder considerando outros fatores como história clínica, exame físico, exames laboratoriais e exames de imagem da sela turca, principalmente a ressonância magnética, exame de imagem de escolha para essa patologia. O quadro clínico apresentado ilustra diversos aspectos referentes a evolução de macroprolactinomas. O presente artigo tem como objetivo relatar um caso de macroprolactinoma no sexo masculino, além de ressaltar a sintomatologia, o proceder do diagnóstico e a importância de um tratamento eficaz. Afinal, com a conduta terapêutica adequada, é evidente a melhora na qualidade de vida do paciente.

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil
2. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil
3. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil
4. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

Atenção para Arritmia cardíaca no Brasil

Bianca da Rocha Siqueira¹; Patrick de Abreu Cunha Lopes¹; Paulo Roberto Hernandez Júnior¹; Rossy Moreira Bastos Junior²

A condição chamada de arritmia cardíaca caracteriza-se por batimentos cardíacos irregulares. Uma das arritmias mais comuns na população brasileira é a fibrilação atrial, com a estimativa de 1 milhão de casos. No Brasil, mais de 20 milhões de pessoas têm arritmia, responsável por mais de 320 mil mortes súbitas todos os anos no país, segundo dados da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (Sobrac). A prevalência desta arritmia aumenta com o passar da idade, mas acomete também os jovens. Os tratamentos podem ser feitos por meio de medicamentos ou pela técnica conhecida como ablação atrial: um cateter é inserido pela virilha até o coração. O objetivo do presente estudo foi analisar o atual panorama de procedimentos de tratamento de arritmias realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de tratamento de arritmias, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – dezembro de 2008 a dezembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento. Os descritores usados para busca foram: “arritmia”, “epidemiologia” e “cardiologia”. Foi realizada uma revisão da literatura com base em 3 artigos (2014 até 2019) disponíveis nos bancos de dados SciELO, Lilacs e PubMed. No período analisado observaram-se 358.836 internações para a realização de procedimentos de tratamento de arritmias, representando um gasto total de R\$ 275.921.291,62, sendo 2017 o ano com maior número de internações (34.367) e 2018 o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 32.724.119,47). Do total de procedimentos, 20.681 foram realizados em caráter eletivo, 338.155 em caráter de urgência, tendo sido todos considerados de média complexidade e nenhum de alta complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 6,59, correspondendo a 23.640 óbitos, sendo 2018 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 7,08, enquanto o ano de 2008 apresentou a menor taxa, 6,23. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 4,15 em comparação a 6,74 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 5,6 dias. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 5,6 internações, seguida da região Sul com 72.490, Nordeste com 44.496, Centro-Oeste com 36.692 e, por último, a região Norte com 11.768 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 99.896. A região com maior número de óbitos foi a Sudeste com 13.172 casos, enquanto a região Norte apresentou o menor número, com 786 óbitos registrados. A região Nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade (8,52), seguida pela região (Sudeste). Já a região Sul apresentou a menor taxa, com valor de 5,05. A arritmia cardíaca pode estar presente em vários estados brasileiros devido à gravidade da doença no país. Nesse sentido, o Sistema de Saúde brasileiro lançou um programa de controle de arritmias, todavia a taxa de mortalidade da doença ainda é alta. Por fim, analisar a prevalência, taxa de mortalidade e número de óbitos permite tanto o desenvolvimento de medidas de prevenção como de tratamento.

1. Discentes do curso de medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil
2. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé-RJ, Brasil

Achado Radiológico de neurocisticercose: um relato de caso.

Amanda Dutra Tôrres¹; Camilla Vasconcellos Ferreira²; Sérgio Henrique Machado¹; Thaís Maria Niemeyer da Rocha Monsores²

A neurocisticercose é a parasitose mais frequente do sistema nervoso central. Resultado da forma larvária (*Cysticercus cellulosae*) da *Taeniasolium*, a infecção ocorre por meio da ingestão de alimentos contaminados pelos ovos da *T. solium* ou pela carne de porco crua ou mal cozida, onde o cisticerco se encontra na musculatura estriada do suíno. A neurocisticercose é uma epidemia mundial, mas afeta principalmente países com condições de saúde e saneamento básico precários, revelando um grave problema de saúde pública. Este estudo, portanto, tem por finalidade registrar a ocorrência de neurocisticercose na área urbana do estado do Rio de Janeiro, ressaltando assim, a presença de uma enfermidade que traduz uma situação de precariedade no saneamento básico e na educação populacional de baixo nível socioeconômico. Paciente do sexo feminino, 73 anos de idade, natural de Abarrancamento, distrito do município de Rio das Flores-RJ, foi admitida no Hospital Universitário de Vassouras (HUV) com rebaixamento do nível de consciência e hemiparesia esquerda. A tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste revelou área hipodensa em lobo parieto-occipital e múltiplas lesões nodulares intraparenquimatosas calcificadas difusamente em ambos hemisférios. Na internação, a paciente evoluiu com melhora do nível de consciência, mas possuía disartria. Ao exame físico apresentava força muscular grau 4 em dimídio esquerdo, pupilas isocóricas e fotorreagentes ao estímulo direto e consensual. A paciente referiu história de AVE isquêmico há cinco anos e ataque isquêmico transitório (AIT) há cinco meses. Relatou que apresentava um quadro de crises convulsivas tonicoclônicas quando jovem e que houve melhora dos sintomas no decorrer dos anos. Em sua história social, relatou possuir o hábito de comer carne de porco crua. Suspeitando-se de possíveis lesões ativas de neurocisticercose, foi solicitada TC de crânio com contraste, a qual não revelou captações anormais da substância de contraste. Na impossibilidade de realização de ressonância magnética (RM) foi feita complementação com a coleta do líquido cefalorraquidiano (LCR) para análise por ELISA. A paciente permaneceu internada para tratamento específico com albendazol 400mg por 10 dias e medicações para controle e prevenção de crises convulsivas. O resultado do ELISA veio não reagente para neurocisticercose. Foi dada a alta hospitalar após o tratamento completo, em que a paciente manteve-se assintomática. Foi recomendado acompanhamento ambulatorial com neurologista. A paciente deste estudo teve seu diagnóstico de neurocisticercose baseado nos critérios clínicos e de imagem compatíveis. A princípio, seu quadro clínico sugeria um AVC ou novo AIT. No entanto por meio das tomografias realizadas, a quantidade de lesões nodulares calcificadas e a história epidemiológica compatível suscitaram a hipótese de uma reativação de neurocisticercose. Pela TC de crânio sem contraste é possível afirmar que a paciente apresentava a forma tida como residual (nodular calcificada), a qual na maioria dos casos não tem implicação clínica importante. No caso relatado, não foi possível a realização da RM, o que dificultou a visualização do escólex. No entanto, para fins de estudo, foi colhido o LCR da paciente, no qual foi realizado o ELISA, que possui maior precisão no estabelecimento do diagnóstico. Entretanto, a positividade do teste depende de alguns fatores, como a localização do cisticerco. Quando presente na base do cérebro, no espaço subaracnoide, ou no espaço ventricular há um alto índice de detecção de antígeno no LCR. E quando os cisticercos encontram-se no parênquima ou nos sulcos do espaço subaracnoide os antígenos parecem não ser detectados. Portanto o resultado negativo não impediria o tratamento da paciente deste estudo, pois o resultado esperado poderia vir a ser falso negativo, como o foi de fato. Independentemente da confirmação ou não de reativação de neurocisticercose da paciente deste estudo, torna-se importante conscientizar os pacientes com tal diagnóstico a cerca do ciclo do parasita em questão, a fim de que este ciclo seja quebrado, e assim, a sociedade caminhe para um futuro em que tal enfermidade seja erradicada.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil
2. Hospital Universitário de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil.

Lombalgia causada por cisto hepático posterior: relato de caso.

Marianna Fernandes Coelho Lemos¹; Carolina Feres de Melo¹; Aline Trovão Queiroz¹

O trabalho apresenta um relato sobre a descoberta de cisto hepático, a partir de investigação de lombalgia. Após submissão à tomografia computadorizada da coluna lombar, descobriu-se um cisto em loja hepática de grandes dimensões. A paciente foi submetida à cirurgia videolaparoscópica de colecistectomia com abordagem do cisto hepático simples posterior. A técnica utilizada nesse procedimento foi a marsupialização. Após o procedimento cirúrgico a paciente não mais se queixou de dores lombares. O objetivo do estudo é destacar a importância de ampliar o leque de possíveis diagnósticos diferenciais como causas de lombalgia. Sua justificação se dá a medida em que o cisto hepático posterior dificilmente será pensado como etiologia desta manifestação clínica. Salienta-se que a relevância deste estudo é chamar a atenção para o fato de que pacientes portadores de cistos hepáticos de grandes dimensões podem ser beneficiados por uma investigação atenta ainda que estes não apresentem, inicialmente, sintomas atribuídos a esta doença. O caso em relato ocorreu com a paciente do sexo feminino, branca, 60 anos, casada, natural de Itaboraí/RJ e procedente de Campos dos Goytacazes/RJ, pedagoga aposentada, que iniciou em janeiro de 2018 quadro de lombalgia que irradiava para nádega direita, de forte intensidade e contínua, sem outros sintomas e sem comorbidades prévias. Após consulta com Ortopedista foi solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de coluna lombar, realizada em 08 de fevereiro daquele ano. Na TC observou-se, formação cística em topografia de loja hepática. A paciente, a partir do aconselhamento médico, procurou dar continuidade à investigação do cisto hepático descoberto e, para tanto, consultou um Gastroenterologista que indicou a realização de ultrassonografia de abdome total. O exame foi realizado em 23 de março de 2018. Neste exame notou-se formação cística medindo 8,9 x 7,9 cm no lobo direito do fígado e litíase biliar, sem outras alterações. A paciente foi orientada a procurar o serviço de cirurgia geral para avaliação de ambos os achados da ultrassonografia e optou-se pela conduta cirúrgica. No dia 17 de outubro de 2018 foi realizada a cirurgia videolaparoscópica de colecistectomia e abordagem do cisto hepático, com o consentimento da paciente. Observou-se que se tratava de um cisto hepático simples que estava localizado em posição posterior comprimindo a inervação lombar e que apresentava potencial para comprimir a veia cava inferior. No transoperatório, devido ao tamanho do cisto e compressão da inervação espinal ao nível de L1, foi realizada a técnica de Marsupialização. Paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta hospitalar no dia seguinte. No acompanhamento pós-operatório a paciente relata não sentir mais as dores lombares. Cistos hepáticos simples são afecções comuns e benignas, que não apresentam riscos de evoluir para neoplasias hepáticas. Na maioria desses casos a conduta é expectante, não valendo à pena submeter o paciente ao tratamento cirúrgico. É extremamente comum, no entanto, o encontro ocasional de cistos durante a realização de exames complementares, pois na maioria dos casos são assintomáticos. Em casos de cistos hepáticos simples posteriores, apenas são realizadas cirurgias se o paciente apresentar sintomatologia. Também é indicada cirurgia quando há compressão de estruturas como veia cava inferior, vias biliares, inervação ou órgãos adjacentes. O crescimento rápido pode causar compressão e sintomas que justifiquem o tratamento cirúrgico. No caso da paciente deste estudo, o sintoma que induziu ao tratamento cirúrgico foi: forte e frequente dor lombar. A mesma negava outras queixas mais comuns relacionadas a tal achado como icterícia, náuseas ou vômitos. A lombalgia não é um sintoma encontrado com frequência no caso de cistos hepáticos, no entanto, por sua localização posterior, o seu crescimento, como sugere o caso, causou a compressão da inervação local, ao nível de L1. Em entrevista concedida pelo cirurgião à pesquisadora, este revelou que optou pelo tratamento videolaparoscópico associado à técnica de marsupialização devido à existência de inúmeros pequenos canais biliares que poderiam ser rompidos ao se retirar a cápsula interna e, pela pressão de CO₂ gerada pela videolaparoscopia, é possível que passe despercebido o extravasamento de bile, logo esta ficaria livre no peritônio causando uma peritonite biliar. Em seu relato, o cirurgião afirmou que no transoperatório, ao avaliar o cisto, além da compressão da estrutura nervosa, este apresentava risco de comprimir a veia cava inferior, o que reforçou a indicação da abordagem do mesmo. É importante considerar que pacientes portadores de cistos hepáticos posteriores, quando encontrados em grandes dimensões, podem ser beneficiados com a realização de uma investigação e uma análise mais detalhada e atenta dos achados, mesmo que estes pacientes apresentem inicialmente sintomas não atribuídos à doença hepática cística.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.

Aspectos clínicos e manejo terapêutico de um paciente com Glomeruloesclerose segmentar e focal: relato de caso.

Karla Beatriz de Carvalho Almeida¹, Alexandre Mitsuo Mituiassu¹.

A síndrome nefrótica (SN) baseia-se em um conjunto de manifestações renais e extrarrenais que ocorrem pelo acometimento primário do rim ou de forma secundária^{1,2}. Nos adultos a etiologia em 70% dos casos é composta por doenças glomerulares primárias^{3,4}. No Brasil, essas glomerulopatias chegam a ser responsáveis por até 11% dos pacientes em diálise⁵. A Glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) é a causa mais comum de SN em adultos, e conhecidamente a que tem maior probabilidade de progredir para doença renal terminal^{4,6,7}. Geralmente é descoberta acidentalmente, e com isso, os registros são bastante escassos, justificando a realização deste relato de caso. O objetivo do estudo é analisar o perfil de um paciente masculino, entre agosto de 2017 a março de 2019, que procurou auxílio médico em decorrência de hipertensão de difícil controle e proteinúria maciça ao exame laboratorial, posteriormente foi diagnosticado e tratado como GESF. BSR, 34 anos, sexo masculino, casado, pardo, morador de Paty do Alferes- RJ, portador há mais de cinco anos de HAS de difícil controle clínico, chegando a níveis pressóricos de 190X130 mmHg e sem outras comorbidades, realizou no dia 11/08/17 consulta no ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário de Vassouras devido a achados em exames laboratoriais de rotina realizados, EAS evidenciou uma proteinúria maciça que foi quantificada em 4,894g/24h. O exame de sangue demonstrou presença de discreta anemia, hipercolesterolemia, TFG estimada em 71,7 mL/min/1,73m² pela CKD-EPI. Diante dos dados encontrados na anamnese e na avaliação dos exames físico e laboratoriais, foi interrogada a suspeita de Síndrome Nefrótica por Glomerulosclerose Segmentar Focal e solicitado exames para elucidação do caso. O paciente negligenciou o seu estado de saúde até 27/02/2019, data em que procurou o ambulatório para consulta de rotina apresentando novos exames que evidenciava piora da anemia, discreta hypoalbuminemia, distúrbios hidroeletrólítico e piora da função renal com TFG estimada em 30,8 mL/min/1,73m² pela CKD-EPI, proteinúria de 24h com 7,43 g/24h, ultrassonografia de aparelho urinário com rins com morfologia preservada, sem hidronefrose ou cálculo. A conduta foi realizar internação hospitalar. Na internação foram prescritos: Furosemida 40 mg, Anlodipino 5 mg de 12/12 horas, Clonidina 0,100 mg de 12/12 horas, Sinvastatina 40 e Albendazol 400 mg mastigável uma vez ao dia por 7 dias, para prevenção de estrogênio. Foi iniciado no dia seguinte pulsoterapia com Metilprednisolona 1g EV uma vez ao dia por três dias. Após os três dias, a corticoterapia foi mantida com Prednisona 20 mg 3 vezes/dia. Cinco dias após a pulsoterapia com corticoide, o EAS mostrou proteinúria ausente e o SPOT urinário foi de 1,5 g/24h representando melhora laboratorial importante. Para elucidação final do diagnóstico etiológico foi indicada a realização da biópsia renal. O conjunto dos achados anatomopatológico da amostra favoreceu o diagnóstico de GESF com padrão de glomerulopatia não imune. Paciente recebeu alta no dia 16/03/2019, foram prescritos os mesmos medicamentos usados durante internação e orientado acompanhamento ambulatorial. As estatísticas brasileira revelam progressão crescente dessa doença^{4,8,9}. O paciente relatado possuía clínica clássica de SN e de acometimento renal importante: proteinúria maciça, hypoalbuminemia, dislipidemia, hipertensão arterial de difícil controle e anemia. Em contrapartida, o principal achado clínico de toda SN que é o edema, não foi encontrado¹⁴. Os principais achados no EAS que corroboram para o diagnóstico são: albuminúria, hematúria, leucocitúria, e proteinúria significativa, já a urina de 24h deve possuir excreção urinária acima de 3,5 g de proteína por 1,73 m² de superfície corporal horas ou acima de 50 mg/kg em 24 horas^{2,3,4,9,12}. O paciente possuía EAS com proteinúria, hemoglobínúria, hematúria, piocitúria e aumento de flora bacteriana; proteinúria quantificada de 7,43 g/24h, dados que favorecem o diagnóstico. Apesar de todos os indícios, a confirmação de uma doença parenquimatosa primária somente ocorre através da biópsia renal, padrão-ouro para diagnóstico¹⁴⁻¹⁶. Segundo as diretrizes do KDIGO, deve ser administrado Prednisona na dose de 1 mg/kg/dia, em adultos, por até 16 semanas^{1,3,10-12,16,17}. Em 50% dos casos também pode haver recorrência da doença, isso impulsionou a procura por novas estratégias imunossupressoras para manter a remissão da

proteinúria, como: Inibidores de Calcineurina, Ciclofosfamida e Micofenolatos¹⁸⁻¹⁹. Por fim, 50-70% dos adultos com GESF e SN associada desenvolvem doença renal terminal em até 10 anos ou morrem¹². Diante disso, todas as medidas possíveis devem ser tomadas com o intuito de reverter o dano renal. Por fim, trabalhos como este são importantes para médicos que buscam aprimorar seu conhecimento e para boa evolução de eventuais novos casos.

1. Universidade de Vassouras, Ciências Médicas, Vassouras, Rio de Janeiro-Brasil.

Arterite de células gigantes: relato de um caso

Carolina Feres de Melo¹; Marianna Fernandes Coelho Lemos¹; Paula Fialho Bitarães¹; Marcos Antônio Mendonça¹

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite sistêmica com envolvimento de artérias de médio e grande calibre, que afeta indivíduos com mais de 50 anos de idade e predomínio no sexo feminino. A etiopatogenia da ACG é desconhecida podendo estar relacionada a idade avançada e a uma predisposição genética. A crescente incidência após cinquenta anos e o predomínio em mulheres sugerem uma relação com envelhecimento e, talvez, alterações hormonais. Os principais sinais e sintomas da ACG são cefaleia, claudicação da mandíbula e polimialgia reumática, sendo a cefaleia o sintoma mais frequente. A ACG pode resultar em perda visual e por isso, o diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para evitar deterioração rápida e progressiva da acuidade visual uni ou bilateral. O diagnóstico da ACG é feito através de história médica, exame físico, testes laboratoriais e confirmação por biópsia. O tratamento da ACG deve ser começado imediatamente através de altas doses de corticosteroides não devendo ser postergado pelo estudo de imagem ou biópsia. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de ACG e descrever suas características clínicas, laboratoriais e seu tratamento. A justificativa desse estudo se embasa na importância de um diagnóstico precoce dessa doença, possibilitando uma melhor qualidade de vida ao paciente, pois um diagnóstico tardio da ACG pode gerar complicações graves, como cegueira e comprometimento vascular arterial. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 74 anos, com diagnóstico de Polimialgia Reumática em 2015 e, desde então, em uso de prednisona 5 mg/dia, evoluindo com remissão clínica. Em 2016, apresentou quadro de cefaleia de intensidade moderada a forte, persistente e localizada na região têmporo-parietal bilateral. Após avaliação física e laboratorial aventou-se a possibilidade de ACG. Foi solicitada biópsia de artéria temporal esquerda. Uma vez definido o diagnóstico de ACG, um esquema terapêutico com glicocorticoide foi estabelecido. A prednisona foi mantida na dose de 60 mg/dia durante 4 semanas e em seguida reduzida em 10-20% mensalmente até a dose de 5 a 7,5 mg de prednisona/dia, monitorando o paciente quanto os parâmetros clínicos e laboratoriais. A dose de prednisona entre 5 a 7,5 mg/dia foi mantida por 2 anos conforme protocolo de tratamento da ACG. Desde o início da corticoterapia foi iniciada terapia antirreabsortiva óssea com bisfosfonato (risedronato de sódio 35 mg/semana), em associação com vitamina D e reposição de cálcio por via oral, objetivando a prevenção/ tratamento da osteoporose associada ao uso de glicocorticoide. **Discussão:** A ACG é a forma mais comum de vasculite idiopática sistêmica, afetando quase exclusivamente pacientes com mais de 50 anos de idade e as mulheres são mais acometidas do que os homens. O caso clínico relatado se enquadra muito no que é descrito na literatura, pois trata-se de uma mulher, caucasiana, na 8ª década de vida e de descendência europeia, que inicialmente se apresentou com PMR e evoluiu com ACG. Dentre as manifestações neurológicas, a principal queixa é a cefaleia. É caracterizada por uma dor intensa, persistente, unilateral ou bilateral, na região temporal e até mesmo occipital, lancinante ou pulsátil, com períodos de exacerbação, apresentando tumefação, amolecimento e hipersensibilidade na região temporal. A cefaleia descrita pela paciente do caso era de início há 2 meses, sua intensidade era de moderada a forte, que persistia na região têmporo-parietal bilateral. Havia tumefação em ambos os lados na região temporal, nas quais as artérias temporais eram palpáveis, dolorosas e sem pulso. Suspeitando-se de ACG, imediatamente deve-se iniciar a corticoterapia, sendo que a dose inicial de glicocorticoide irá depender se os pacientes forem classificados como não-complicados ou como complicados. Uma avaliação oftalmológica também é de grande importância e prioritária, já que achados isquêmicos vistos ao exame de fundo de olho denotam um mau prognóstico e cria uma maior robustez para o diagnóstico. A realização de biópsia de artéria temporal é considerada o padrão ouro para o diagnóstico de arterite temporal. **Conclusão:** A ACG é uma doença grave, frequentemente não reconhecida precocemente, acometendo indivíduos idosos, sendo mais prevalente no sexo feminino. Os principais sinais e sintomas da ACG são cefaleia, claudicação da mandíbula e distúrbios visuais, sendo a cefaleia o sintoma mais predominante. Seu diagnóstico é feito através de uma história médica detalhada e exame físico minucioso, além de exames complementares. A confirmação do diagnóstico da ACG é a partir da biópsia da artéria temporal acometida. O tratamento deve ser iniciado imediatamente através de altas doses de glicocorticoides não devendo ser postergado pelo estudo de imagem ou biópsia, pois a doença não tratada pode levar a perda visual permanente e lesões isquêmicas, afetando a qualidade de vida do indivíduo.

1. Universidade de Vassouras, curso de Medicina, Vassouras-RJ, Brasil

Hérnia de Amyand: relato de caso

Pedro Henrique¹ Cabral Couto¹; Fernanda Figueira Feijó¹

A correção cirúrgica das hérnias abdominais está entre os três procedimentos mais realizados por cirurgiões nos Estados Unidos, totalizando 700.000 operações por ano. No Brasil não é diferente, só no período entre março de 2018 e março de 2019, foram realizadas 281.392 operações de hérnia da parede abdominal, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses números demonstram a grande prevalência dessa condição, que afeta todas as faixas etárias, em ambos os sexos. As hérnias são definidas como uma protrusão anormal de um órgão ou tecido por um defeito em suas paredes circundantes. Cerca de 7% delas são consideradas hérnias raras. Entre elas estão a hérnia Amyand, Garengot, Richter, Spieghele, Littré e as lombares de Grynfelt e Petit. A hérnia de Amyand consiste na presença do apêndice vermiforme, seja ele inflamado ou não, no interior do saco herniário. Essa situação foi descrita pela primeira vez em 1735 pelo cirurgião Claudius Amyand que identificou uma fístula estercoral entre a região inguinal e a coxa de um jovem de 11 anos de idade^{1,2}. Esse quadro representa 1% de todas as hérnias. Quando se fala em apendicite, seja ela em qualquer fase (inflamatória, isquêmica, necrosada ou perfurada) no saco herniado, esta situação é ainda mais incomum, apresentando uma incidência de 0,08 - 0,13% dos casos³. Na maioria das vezes a impressão clínica é a de uma hérnia encarcerada. Seu diagnóstico pré-operatório é pouco frequente, uma vez que, na maioria dos casos não são realizados exames de imagem para fechar esse diagnóstico, sendo este, feito no intra-operatório. Tal fato justifica a importância do cirurgião em estar ciente desse diagnóstico diferencial no momento da cirurgia. O objetivo desse relato é abordar a apresentação, as características e as possíveis formas de manejo terapêutico da hérnia de Amyand. O relato descreve o caso de um paciente do sexo masculino de 91 anos que procurou atendimento médico com um quadro de hérnia inguinal direita e dor nessa região com 24 horas de evolução. Ao exame físico apresentava-se lúcido e orientado, em regular estado geral, desidratado, abdome flácido, peristáltico, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal, presença de hérnia inguino-escrotal parcialmente redutível e dolorosa a palpação. Paciente foi levado de urgência para a cirurgia e foi identificado o apêndice cecal necrosado no interior do saco herniário. Procedeu-se com apendicectomia e herniorrafia inguinal. O mesmo recebeu alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório, retornando ao ambulatório de cirurgia geral em uma semana. A apresentação clínica da doença é variável e o sintoma mais importante é a típica dor epigástrica ou peri-umbilical, que depois converge no quadrante inferior direito, combinada com uma tumefação mole irreduzível na região inguinal ou inguino-escrotal. Menos frequentemente existem características de obstrução do intestino delgado, incluindo distensão abdominal e vômitos. Podem existir sinais de peritonite. Febre e leucocitose são achados inconsistentes⁴. O manejo das hérnias de Amyand ainda é um assunto de debate e deve ser individualizado, dependendo dos achados operatórios e dos fatores de comorbidades. A classificação mais aceita que resume os achados cirúrgicos e de gestão é a de Losanoff e Basson, descrita em 2008 e que descreve 4 tipos distintos. Conclui-se então, que a hérnia de Amyand é uma situação grave, com possibilidade real de complicações e óbito quando não diagnosticada. Atrasos no diagnóstico podem resultar em complicações graves, como gangrena, perfuração, abscesso apendicular e fascíte necrosante. A ausência de quaisquer características patognômicas (clínica ou radiológica), fazem o diagnóstico pré-operatório difícil. Com isso, torna-se necessário mais estudos acerca das perspectivas futuras de classificação, diagnóstico e tratamento, facilitando a abordagem e a comunicação dos médicos cirurgiões frente a essa entidade que é a hérnia de Amyand.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

Abordagem de paracoccidioidomicose na atenção básica de Vassouras: um relato de caso

Carolina de Paula Migotto¹; Gabrielle de Almeida Dias Rocha¹; Amanda Mitsue de Castro¹; Gabriela Oliveira Ayres Barbosa¹; Cristiane de Souza Marques Rocha²; Edsneider da Rocha Pires²

Introdução:

A paracoccidioidomicose (PCM) consiste em uma micose sistêmica causada pelo fungo termodimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. É uma doença endêmica em diversos estados no país^{1,2}. O maior fator de risco é a exposição ao solo contaminado com o fungo em atividades agrícolas². No Brasil, é a oitava causa de mortalidade por doença infecciosa, sendo a forma clínica predominante é crônica, podendo levar a formas graves e letais. Este trabalho consiste em relatar o caso de um paciente morador de zona rural de Vassouras, abordado pela Estratégia de Saúde da Família, o qual foi diagnosticado e tratado clinicamente na esfera da atenção primária. Dessa forma, pode-se destacar a relevância do diagnóstico precoce a fim de evitar a evolução desfavorável.

Relato de Caso:

JLS, 35 anos, trabalhador de zona rural de Vassouras RJ, etilista, apresentou há 4 meses uma lesão em cavidade nasal direita, sendo tratada com pomada (QuadriDerm®). Evoluiu com piora da lesão, a qual se tornou ulcerada e associada a perda ponderal de aproximadamente 12 kg nos últimos 6 meses. Além disso, relatou ter iniciado um quadro de tosse sem secreção e dispnéia aos grandes esforços há cerca de 4 meses.

Ao exame físico, paciente apresentou-se consumido, hipocorado e hipohidratado (++/4+). A lesão ulcerada tinha bordas elevadas, de aproximadamente 3,5 cm (Figura 1, 2). Apresentou ainda linfonodos supraclaviculares bilaterais palpáveis. AR: diminuição de MV em ambos pulmões, sem estertores ou crepitações. ABD: sem VCM. Foi marcada a biópsia da lesão, porém o paciente não compareceu para o procedimento.

Posteriormente, em visita domiciliar, diante do quadro clínico e epidemiológico sugestivo de PCM, foi feita a notificação da doença. Assim, foi solicitada RX de Tórax, a qual não apresentou alterações. Por fim, iniciou-se prova terapêutica com Itraconazol 100 mg 2 x/ dia V.O. Após 2 meses apresentou melhora clínica significativa, com regressão da lesão (Figura 3 e 4). Atualmente, o paciente encontra-se no 3º/12º mês do tratamento, evoluindo bem.

Discussão e Conclusão:

A paracoccidioidomicose (PCM) é causada por fungos termodimórficos de duas principais espécies: *P. brasiliensis* e *P. lutzii*.¹ Assim que inalados, os propágulos se tornam a forma parasitária da micose. Sendo assim, o grupo de risco são atividades relacionadas a exposição ao solo contaminado, com estreita relação à atividades agrícolas como no caso relatado. O tabagismo e alcoolismo estão frequentemente associados a doença^{1,2,3,4}. É normalmente adquirida nas 2 primeiras décadas de vida, e tem suas manifestações entre 30 e 50 anos, quando ocorre a reativação do foco endógeno latente, sendo 10 vezes mais comum no sexo masculino.^{1,3}

A PCM pode se manifestar apenas como infecção ou evoluir para a doença, na qual ocorre de forma aguda/subaguda ou crônica, podendo ser unifocal ou multifocal^{1,2}. Entretanto, isso só pode ser analisado através de exames complementares após suspeita clínica. É imprescindível solicitar: Raio X simples de tórax (PA e Perfil), Hemograma completo, VHS, e avaliação hepática e renal, para definir estadiamento e melhor conduta terapêutica^{1,2}.

A forma crônica da PCM, que corresponde ao caso acima, representa 90 % dos casos e progride lentamente, podendo levar anos até que seja diagnosticada. As manifestações pulmonares estão presentes em quase todos os pacientes^{1,3,5}. Geralmente a doença envolve mais de um órgão (multifocal), sendo pulmões, mucosas e pele os sítios mais acometidos.^{1,2} O manejo terapêutico da PCM

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

deve incluir medidas de suporte às complicações clínicas além da terapêutica antifúngica. Os pacientes deverão ser acompanhados até apresentarem os critérios de cura. Vários antifúngicos podem ser utilizados, tais como Anfotericina B, Sulfamídicos e Azólicos, como o escolhido para tratar o caso acima. 1,3,4,5

É de grande importância o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico clínico precoce da PCM, devido à sua evolução e fácil resolubilidade. A biópsia das lesões nos garante a confirmação do diagnóstico, porém como não é de fácil e rápido acesso, o manejo clínico adequado e o conhecimento da epidemiologia garantem sucesso com a prova terapêutica, assim como no caso apresentado.

1. Universidade de Vassouras; Vassouras; Rio de Janeiro; Brasil

Tratamento Fisioterapêutico e Terapias complementares na Polineuropatia alcoólica: uma revisão sistemática da literatura

Patrick de Abreu Cunha Lopes¹; Paulo Roberto Hernandez Júnior¹; Samara Maia Silva²; Edmar Zanoteli³

A polineuropatia alcoólica (PA) é uma condição associada ao abuso crônico de álcool, e se caracteriza por lesão do sistema nervoso periférico acarretando alterações da sensibilidade, dor e fraqueza muscular. Pode provocar dor em queima espontânea, hiperalgesia e alodinia, sobretudo em pés e mãos. Tais manifestações afetam à realização de atividades diárias (AVDs) tais como se vestir, higiene pessoal e marcha. É prevalente em homens idosos e piora quando associado a outras condições clínicas como diabetes e desnutrição. Acarreta, ainda, piora da qualidade de vida e consequente modificação do humor. Nesse contexto, o tratamento fisioterapêutico visa fortalecer a musculatura e melhorar o equilíbrio e as funções motoras. O objetivo do presente estudo é revisar a literatura a respeito do tratamento fisioterapêutico na PA. Os descritores usados para busca foram: “polineuropatia alcoólica”, “neuropathicpain” e “fisioterapia”. Foi realizada uma revisão da literatura com base em 11 artigos de (1996 até 2019), sendo 10 artigos em inglês e 1 artigo em português, disponíveis nos bancos de dados SciELO, Lilacs e PubMed. A literatura indica tratamentos fisioterapêuticos e o uso de suplementação vitamínica, particularmente de regimes de vitamina B. A acupuntura tem se mostrado benéfica, melhorando parâmetros do estudo das velocidades de condução nervosa sensitiva e motora. Estudos baseados em neuroestimulação atestaram melhora da velocidade de condução motora com o uso de eletroacupuntura e Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS). TENS tem se mostrado eficaz no alívio da dor inclusive em pacientes resistentes às medicações. A eletroestimulação, por exemplo, com o dispositivo H-Wave reduz ou elimina a necessidade de analgésicos em 75% dos pacientes; enquanto que 79% dos participantes relataram melhora na capacidade funcional e 78% relataram 25% ou mais de alívio da dor. Além disso, tratamentos tópicos, como a lidocaína tópica, capsaicina tópica em altas concentrações (8%) e toxina botulínica, mostraram recentemente ter um efeito de alívio da dor em condições de dor neuropática periférica. Portanto, a literatura atesta a eficácia de tratamentos fisioterápicos e coadjuvantes tais como acupuntura, eletroacupuntura, TENS e eletroestimulação com H-Wave em pacientes com polineuropatia alcoólica, em especial para aqueles pacientes com queixa dolorosa. No entanto, a dor neuropática permanece um grande desafio, identificar os mecanismos fisiopatológicos específicos que explicam a dor neuropática e direcionar o tratamento, tornará possível determinar quais os tratamentos de maior eficácia para cada paciente. Tendo em vista efeitos colaterais, tipo de dor, comorbidades e interações medicamentosas.

1. Discentes do Curso de Medicina; Universidade de Vassouras (UV), Vassouras-RJ, Brasil;
2. Discente do Curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de fora-MG, Brasil
3. Docente do Departamento de Neurologia do Curso de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo-SP, Brasil

Manejo diagnóstico da Eosinofilia em lactentes através de uma perspectiva da realidade brasileira

Pedro Cristino Côrtes Osmar¹; Carlos Alberto Bhering²

Os eosinófilos são células sanguíneas dentro do grupo dos granulócitos presentes na medula óssea e sangue periférico, comumente associados a doenças parasitárias e sangue periférico, muito embora todas suas funções biológicas são desconhecidas. O desenvolvimento de eosinófilos, tanto quanto sua diferenciação na medula óssea, se dão através da influência a nível medular da interleucina e fator estimulante de colônia (GM-CSF). Apesar de seus valores de normalidade sejam entre 0 a 500 células por microlitro para adultos, valores de até 1000 células são aceitáveis em pacientes pediátricos, principalmente em neonatos tardios. A presença esporádica e transitória de eosinofilia em crianças é observada com frequência durante os anos de crescimento e desenvolvimento. Seu caráter transitório permite a conduta expectante por não ter relevância clínica significativa. A apresentação crônica da eosinofilia chama atenção por levar à suspeita de enfermidades mais sérias. Existe um grupo de doenças conhecidas que cursam com eosinofilia em adultos: neoplasias, Doença de Addison, alergias, distúrbios do colágeno a nível vascular e doenças parasitárias. O padrão também é utilizado para crianças, apesar de umas doenças terem mais relevância neste grupo, como doenças parasitárias. Dessa forma, o manejo inicial do distúrbio eosinofílico difere dos adultos, devendo se atentar mais na pesquisa de causas mais relevantes, como parasitoses e processos alérgicos. Mesmo no grupo pediátrico, alguns subgrupos de crianças se diferem, uma vez que seus contatos sociais, alimentação e imunização são distintos. Os lactentes, especialmente aqueles que aleitamento materno exclusivo, diferem dos demais por ter contato social menos presente e estarem apenas com um método de alimentação, podendo então ter causas distintas de eosinofilia. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise crítica de publicações da literatura acerca da eosinofilia em pacientes pediátricos a fim de criar um fluxograma de manejo da eosinofilia persistente em lactentes, atendo-se à realidade brasileira. Estudo bibliográfico realizado entre os meses de abril de 2019 e junho de 2019, com procura de artigos em fontes online (Cochrane Library, Medline e E-Medicine). Foram incluídos todos os artigos publicados a partir de 2009 utilizando as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde, que permitem o uso de terminologia comum em português, inglês e espanhol. As palavras-chaves foram eosinofilia, eosinofilia em crianças, diagnóstico diferencial. Ao total, foram encontrados 19 artigos que abordavam o tema de forma epidemiológica, descritiva ou como relato. Houve 4 relatos de caso de doenças raras que cursam com eosinofilia; 6 trabalhos que citavam a presença de alterações hematológicas na infância; 3 que relatavam as diferenças epidemiológicas de doenças mais incidentes; e 6 revisões, sobre eosinofilia. Existe dois grandes grupos de causas: primária ou secundária. As primárias, que derivam de distúrbios diretos da medula, como síndromes mielodisplásicas e leucemias, representam uma ínfima parte das causas em crianças, não devendo assim constar como uma das primeiras causas de exclusão no processo diagnóstico. As causas secundárias são mais incidentes, as quais se destacam as alergias medicamentosas, causas infecciosas e parasitárias, desordens imunológicas e gastrointestinais. Em artigos americanos, as causas mais comuns de eosinofilia em crianças são desordens imunológicas, como rinite, asma e eczema, com exceção do sudeste americano, que segue com causas parasitárias. Através da literatura, observa-se a persistência de causas parasitárias como causa de eosinofilia em lactentes, o que os autores sugerem ser devido a fatores diversos, como má higiene. Dessa forma, o fluxograma segue com a realização de exames iniciais para diagnóstico das causas secundárias de eosinofilia, como hemograma completo, exame

parasitológico, teste de função hepática, dentre outros de rastreio. Ressalta-se a necessidade de uma anamnese detalhada, em busca de informações relevantes na diferenciação clínica de causas de eosinofilia, como sintomatologia (através da realização da revisão de sistemas) e medicamentos; bem como o exame físico, atentando-se às red flags. Demais passos, constam-se no fluxograma. Assim, percebe-se que utilização de um fluxograma específico de manejo da eosinofilia para a realidade brasileira é de suma importância, porque vários passos do manejo estabelecido fora do país fogem da realidade do sistema público, como a realização de

IgE específica para parasitas e medicações. O exame clínico e a anamnese são pilares fundamentais na investigação das causas de eosinofilia, devendo, inclusive, serem realizadas revisões de sistema a fim de procurar sintomatologia desconhecida; e estabelecimento de redflags, que chamam atenção de doenças mieloproliferativas, sem a necessidade inicial de realização de exames invasivos como biópsia de medula.

1 universidade de vassouras

Miocardipatia hipertrófica de baixa penetrância fenotípica: diagnóstico presuntivo com base no eletrocardiograma

Iago Caetano Cariello¹, Beatriz Barboza Reis Queiroz¹, Giovanna Alvez Peruzini¹, Daniel Luiz Ribas Henriques¹, Igor Dal'rio Jasmim Silva Bastos¹, Emílio Conceição De Siqueira²

Introdução: A Miocardipatia Hipertrófica (MH) é uma doença cardíaca primária, caracterizada por hipertrofia ventricular (HV) simétrica ou assimétrica, sem dilatação e com predomínio no septo interventricular, na ausência de qualquer outra doença cardíaca ou sistêmica que possa levar à alteração.^{1,2} Trata-se da doença cardíaca genética mais comum, predominantemente transmitida por herança autossômica dominante, com prevalência de 1:500 na população adulta^{2,3}. A apresentação da doença varia de formas assintomáticas a mais graves, podendo gerar arritmias ventriculares malignas, síncope e morte súbita.⁴ O eletrocardiograma (ECG) geralmente leva à suspeição de MH e o ecocardiograma (ECO) confirma o diagnóstico na maioria das vezes. Porém, a ressonância nuclear magnética (RNM) cardíaca atualmente é o método padrão-ouro para avaliação da MH, evidenciando HV esquerda (13-60 mm de espessura), na ausência de outra doença capaz de produzir tal alteração.^{5,6} O objetivo deste estudo é relatar o caso de paciente com alterações ao ECG compatíveis com MH, mas sem alterações no ECO e na RNM conclusivas. **Relato de caso:** Paciente 22 anos, obeso grau II, sem comorbidades e sem queixas busca atendimento médico em setembro/2017 para iniciar a realização de atividades físicas. Foi realizado ECG que detectou alterações sugestivas de MH: sobrecarga ventricular esquerda, inversão da onda T_≥3mm em V4, V5, V6, D1 e AVL e alterações mínimas de repolarização ventricular. Iniciou, então, investigação mais específica com ECO, Teste de Esforço (TE) e RNM, os quais não evidenciaram nenhuma alteração. Em dezembro/2018 realizou-se novo ECG, em que foram evidenciadas as mesmas alterações do primeiro exame, o ECO e o TE persistiram normais, porém, a RNM mostrou-se com alterações inespecíficas: HV esquerda de grau leve, com espessura máxima do septo interventricular de 1,3cm e da parede posterior de 1,2cm – incapazes de confirmar ou excluir MH em fase inicial. Além disso, a pressão arterial do paciente estava 140x80mmHg em consulta e sucedeu-se com a Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA), que confirmou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Iniciou-se, então, Succinato de Metoprolol 25mg/dia como profilaxia de evolução da provável MH e Perindopril Arginina 5mg/dia para HAS. Em maio/2019, realizou terceiro ECG que se mostrou diferente dos anteriores, com alterações brandas: ausência de sobrecarga ventricular esquerda, inversão da onda T_≤3mm em D1 e AVL. Foi agendado novo ECO para junho/2019. **Discussão e conclusão:** Mais de 400 mutações de genes codificadores de proteínas do sarcômero já foram identificadas como predisponentes para MH. Essa ampla variedade genotípica pode ser considerada responsável pela extensa variabilidade de expressão fenotípica da doença, o que confere complexidade ao diagnóstico, seja na fase clínica ou pré-clínica.⁷ São critérios eletrocardiográficos maiores, que auxiliam no diagnóstico de MH: padrão de HV esquerda com alterações da repolarização; ondas T negativas (>3mm na parede anterolateral ou >5mm na parede inferior); ondas Q patológicas (>40ms ou >25% da onda R)⁵. O paciente em estudo apresentou no ECG padrões de sobrecarga ventricular esquerda, inversão da onda T_≥ 3mm em V4, V5 e V6, D1 e AVL e alterações mínimas de repolarização ventricular, embora o ECO não apresentasse alterações. A RNM, exame padrão ouro para o diagnóstico, evidenciou HV esquerda de grau leve, com espessura máxima do septo interventricular de 1,3cm e da parede posterior de 1,2cm, o que leva a pensar que se trata de penetrância fenotípica incompleta de MH. Como espera-se que as alterações morfológicas do miocárdio na MH se completem por volta dos 18 anos, sem progressão da hipertrofia após essa idade⁷, imagina-se que o paciente do estudo não apresentaria maiores complicações ou um desfecho fatal causado pela patologia. Entretanto, como precaução, foi iniciado o uso de um betabloqueador (BB) e devido à HAS, o uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina (iECA). Considerando a fisiopatologia, o BB pode ser capaz de conter a evolução da MH e o iECA apresenta a propriedade de reverter as mudanças cardíacas estruturais e funcionais de diferentes graus.⁹ Portanto,

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

possivelmente a associação medicamentosa foi responsável pela regressão, ainda que parcial, das alterações no ECG realizado em maio/2019. A MH é a principal causa de morte em adultos jovens⁵, logo, é de suma importância o conhecimento desta entidade pelo clínico, a fim de identificar precocemente as alterações eletrocardiográficas e dar o seguimento diagnóstico e terapêutico correto desta condição, objetivando prevenir desfechos desfavoráveis.

1. Discente do curso de graduação em medicina. Universidade de Vassouras – Vassouras/RJ, Brasil.

2. Docente do curso de Medicina. Universidade de Vassouras– Vassouras/RJ, Brasil.

Ablação de fibrilação atrial: panorama cirúrgico brasileiro

Paulo Roberto Hernandez Júnior¹; Patrick de Abreu Cunha Lopes¹; Pedro Peres Cordeiro da Silva²; Paulo Jonas Boechat da Silveira Júnior³; Rossy Moreira Bastos Júnior⁴

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais frequente na prática clínica. Visando ao tratamento curativo dessa arritmia, a ablação por cateter com técnicas percutâneas evoluiu consideravelmente, consolidando-se como opção terapêutica não farmacológica em pacientes selecionados com FA. Apesar da crescente utilização, os dados epidemiológicos dessa técnica ainda são escassos. Em virtude da complexidade desses procedimentos, é mister identificar em que locais, com quais técnicas e os resultados da ablação de FA em nosso País. Analisar o atual panorama de procedimentos de ablação de fibrilação atrial realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de ablação de fibrilação atrial, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – dezembro de 2008 a dezembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed. No período analisado observaram-se 1.267 internações para a realização de procedimentos de ablação de FA, representando um gasto total de R\$ 7.050.597,51, sendo 2015 o ano com maior número de internações (161) e o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 906.324,09). Do total de procedimentos, 839 foram realizados em caráter eletivo, 428 em caráter de urgência, tendo sido todos de alta complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 0,24, correspondendo a 3 óbitos, sendo 2012 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 0,81, enquanto o ano de 2013 apresentou a menor taxa, 0,72. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 0,12 em comparação a 0,47 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 3,2 dias. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 738 internações, seguida da região Sul com 333, Nordeste com 150, Centro-Oeste com 29 e, por último, a região Norte com 17 internações. Entre as unidades da federação, o Estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 509. A região com maior número de óbitos foi a Sudeste com 2 casos, enquanto a região Nordeste apresentou o menor número, com 1 óbito registrado. A região Nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade (0,67), seguida pela região Sudeste (0,27), com valor de R\$ 4.040.147,78. A ablação de FA vem crescendo significativamente em nosso País, com taxas de sucesso comparáveis às internacionais, mas comumente há necessidade de mais de um procedimento. Apesar dos resultados promissores, a ablação de FA ainda acarreta morbidade significativa. Métodos auxiliares de imagem têm sido cada vez mais utilizados, visando a aumentar a eficácia e a segurança do procedimento. Esses achados devem ser considerados pelos órgãos pagadores públicos e privados, além de direcionar investimentos e capacitação multidisciplinar no atendimento destas pacientes.

1. Discente da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
2. Discente da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, Santos, SP, Brasil;
2. Discente da Universidade Nova Iguaçu, Itaperuna, RJ, Brasil;
4. Docente do curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil

Análise dos procedimentos de tratamento de pericardite nas regiões brasileiras em 10 anos

Paulo Roberto Hernandez Júnior¹; Patrick de Abreu Cunha Lopes¹; Pedro Peres Cordeiro da Silva²; Samara Maia Silva³; Paulo Jonas Boechat da Silveira Júnior⁴; Rossy Moreira Bastos Júnior⁵

A Pericardite é um processo inflamatório do pericárdio desencadeados por infecções virais ou bacterianas, lupus eritematoso, infarto do miocárdio, uremia e neoplasias. O prognóstico está intimamente relacionado a etiologia da pericardite; quando de etiologia viral, sua recuperação é de aproximadamente 1 a 3 semanas, diferente da evolução de outras etiologias. Nas de causa neoplásicas, raramente observa-se cura sendo de óbito frequente. Estudos revelam que a média de casos de pericardite no Brasil nos últimos 10 anos foi de 925,6, torna-se relevante uma análise epidemiológica a fim de alertar os sistemas de saúde público e privados para prevenção e tratamento. Analisar o atual panorama de procedimentos de tratamento de pericardite realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de tratamento de pericardite, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – dezembro de 2008 a dezembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed. No período analisado observaram-se 9433 internações para a realização de procedimentos de tratamento de pericardite, representando um gasto total de R\$7.693.332,58, sendo 2018 o ano com maior número de internações (1.090) e 2010 o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$1.013.753,38). Do total de procedimentos, 903 foram realizados em caráter eletivo, 8.530 em caráter de urgência, tendo sido todos considerados de média complexidade e nenhum de alta complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 3,60, correspondendo a 340 óbitos, sendo 2018 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 4,59, enquanto o ano de 2010 apresentou a menor taxa, 2,36. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 2,10 em comparação a 3,76 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 8,4 dias. A região brasileira com maior número de internações foi a região Sudeste com 4.830 internações, seguida da região Nordeste com 1.860, região Sul com 1.603, região Centro-Oeste com 669 e, por último, a região Norte com 471 internações. Entre as unidades da federação, o Estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 2.458. A região com maior número de óbitos foi a região Sudeste com 151 casos, enquanto as regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram o menor número, com 30 óbitos registrados. A região Norte apresentou a maior taxa de mortalidade (6,37), seguida pela região Nordeste (4,95). Já a região Sul apresentou a menor taxa, com valor de 2,31. Pode-se observar, a partir do presente estudo, que com o passar dos anos há um acréscimo do número de procedimentos para o tratamento da pericardite, sendo 2018 o ano com maior número, o que nos mostra uma evolução na eficiência do atendimento em saúde pública e privada no Brasil. É válido salientar que apesar de não haver procedimentos de alta complexidade no país, a taxa de mortalidade ainda aparece muito discrepante entre as regiões, sendo a região Norte a maior delas. A região sudeste e o Estado de São Paulo são localidades de maior números de internações por se tratar de uma região de grande referência na medicina. Dessa forma, perceber-se a necessidade de ações de cunho público e privado principalmente no que tange estratégias de prevenção, como também a distribuição de investimentos e capacitação dos profissionais médicos e dos serviços de saúde para mudar a história da pericardite no Brasil.

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

1. Discentes da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil;
2. Discente da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, Santos, SP, Brasil;
3. Discente da Universidade Presidente Antonio Carlos, Juíz de Fora, MG, Brasil;
4. Discente da Universidade Nova Iguaçu, Itaperuna, RJ, Brasil;
5. Docente do curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil

Abordagem anestésica em gestante com púrpura trombocitopênica idiopática – relato de caso.

Juliana de Castro Honorato¹, Lívia Liberata Barbosa Bandeira², Ana Cláudia Zon Fillipi³

A Púrpura trombocitopênica idiopática, também conhecida como autoimune, imunológica ou isoimune, é uma doença caracterizada por trombocitopenia isolada, sem outros sintomas associados. Possui baixa incidência de 3-4,1% nas gestações pelo acometimento representar uma contraindicação relativa de engravidar e possuir peculiaridades em seu manejo. O presente estudo tem o objetivo de descrever os aspectos anestésicos de uma gestante primípara com diagnóstico prévio de púrpura trombocitopênica idiopática, relatando o manejo durante o ato anestésico e as possíveis complicações caso não sejam empregadas técnicas seguras.

A Paciente I.L.A.B, primípara, 28 anos, natural de Rio Grande do Norte e residente em Vassouras foi admitida de forma assintomática para cesariana eletiva na 38ª semana de gestação. Possuía história prévia de púrpura trombocitopênica idiopática desde 2017, caracterizando a sua gestação como de alto risco devido à plaquetopenia crônica, que oscilou de leve à grave, entre 48.000-100.000/mm³, durante o pré-natal. Fez uso de corticosteroides em doses altas de 20 mg/dia com redução conforme a evolução e estabilidade da gravidez. A via de parto escolhida foi cesariana com anestesia geral e sequência anestésica iniciada com ventilação sob máscara de O₂, drogas utilizadas foram lidocaína 2% 220g, atracúrio (10mg/kg), seguido de propofol (200mg/kg), succinilcolina 80g, passado tubo orofaríngeo nº 7 sem dificuldades. Teve rápida remoção do feto (tempo inferior a 60 segundos). A gestante recebeu 2 doses de ocitocina, 30U e 10U, respectivamente, após retirada do feto. O pós-operatório ocorreu sem complicações materno-fetais com alta hospitalar 4 dias após parto, seguimento regular no ambulatório de hematologia e utilização de prednisona oral 5 mg em dias alternados.

A contagem plaquetária inferior a 150.000/mm³, associada a manifestações clínicas exclusivamente hemorrágicas, sem outras alterações do hemograma e do coagulograma se constituem essenciais para o diagnóstico de púrpura trombocitopênica idiopática. As contagens de 100.000-150.000/mm³ são consideradas plaquetopenia leve, 50.000-100.000/mm³ plaquetopenia moderada e inferior a 50.000/mm³ plaquetopenia grave. Quando a contagem de plaquetas maternas permanece baixa (<50.000/mm³) próxima a data prevista do parto como no presente caso, as plaquetas devem ser reservadas para transfusão com uso criterioso para evitar sangramentos. Na gestante descrita, o número de plaquetas se encontrava próximo ao valor estabelecido de segurança pelo anestesista responsável (50.000/mm³), sendo 3U (unidades) de plaquetas suficientes para que não ocorresse nenhum tipo de complicação.

A escolha da anestesia foi realizada de acordo com a literatura baseada nas alterações fisiológicas e analisando o risco da mãe e do feto. Apesar da anestesia regional ser a técnica preferida para cesariana devido ao menor número de complicações comparadas à anestesia geral, ela foi desconsiderada por exigir uma quantidade segura de contagem plaquetas $\geq 80.000/mm^3$.

Desta forma, foi empregada a escolha da anestesia geral, já que a mesma reduz o risco de óbito materno e promove interação precoce entre mãe e filho, ainda que tivesse risco superior de morte materna quanto comparada à regional. A indução da anestesia geral no caso relatado foi realizada através da técnica de sequência rápida, com intuito de prevenir a acidose fetal com a ventilação adequada materna, manutenção da PA e evitar a broncoaspiração, em vista das alterações fisiológicas presentes na gravidez.

O RN pontuou 9/10 no apagar, confirmando que as drogas empregadas possuem pouca influência no tônus muscular do RN quando utilizadas adequadamente e o mesmo é retirado rapidamente. Apesar da superior perda média de sangue durante uma cesariana sob anestesia geral quando comparada à regional, não houve complicações para mãe ou feto no caso relatado.

A trombocitopenia autoimune em gestantes com quadro grave são interpretadas como emergência médica e recomenda-se tratamento com altas doses de corticoesteroides com redução gradual da dose ao longo da gestação, como foi relatado nesta gestante. Torna-se necessário avaliar o uso de plaquetas no dia do parto, assim como avaliar a transfusão individualizada, com atenção na meia vida das plaquetas, que são rapidamente degradadas no baço. O principal aspecto sob o ponto de vista anestésico da trombocitopenia é o aumento da hemorragia peroperatória, tanto materna, como a hemorragia intracraniana fetal, e no caso de bloqueios do neuroeixo, complicações como o hematoma subdural. É necessário observar com atenção as alterações plaquetárias e constante atualização para um manejo adequado de trombocitopenia durante a gravidez, a fim de estabelecer um critério para um nível de plaquetas seguro para evitar complicações decorrentes da anestesia em relação a mãe e reduzir a morbimortalidade materno fetal.

1. Discente do curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

2. Discente bolsista PIBIC/CNPq do curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

3. Docente do curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

Cálculo coraliforme associado à nefrite intersticial aguda: relato de caso

Luiza Barbosa Brandão¹; Alana Rocha de Oliveira¹; Livia Maria Horta Rodrigues¹; Mayara Cristina Barreto Lysandro¹; Alexandre Mitsuo Mituiassu¹

A litíase coraliforme é uma patologia de difícil manejo e que, muitas vezes, compromete a integridade e a função renal. Embora não exista um consenso em relação à sua etiologia, entende-se que a litíase forma um molde da via urinária na pelve renal e cerca de 75% dos cálculos coraliformes são compostos por estruvita, denominados cálculos de infecção. As culturas dos seus fragmentos revelam que existem bactérias no interior do cálculo, ao contrário dos outros cálculos compostos por outras substâncias que permanecem estéreis no seu interior. Na sua patogênese estão habitualmente infecções urinárias causadas por bactérias que provocam aumento da amônia na urina e do pH urinário, assim, este ambiente alcalino promove a cristalização da estruvita e a formação de biofilme com incorporação de microproteínas em sua matriz, tornando um ambiente propício a infecções de repetição^{2,3}. Além da associação com infecções urinárias, a litíase coraliforme é caracterizada pelo seu rápido crescimento e grandes dimensões, comprometendo o rim por um fenômeno obstrutivo e infeccioso^{4,1}. IAS, 56 anos, deu entrada no pronto socorro no dia 24/02/2019 com náuseas e vômitos de início há aproximadamente 1 mês associada à oligúria. Ao exame apresentava dor à palpação profunda em flanco esquerdo e exantemas pelo corpo, referindo histórico de infecções urinárias de repetição, já tendo feito uso de diversos antibióticos no último ano. Os exames laboratoriais constataram Creatinina de 10,1 mg/dl e Uréia de 191 mg/dl sendo que em exame prévio os valores encontravam-se dentro da normalidade. Solicitou-se Raio-X de rins e vias que constatou imagem hipotransparente em rim direito. Suspeitando-se de um cálculo, a tomografia computadorizada (TC) de abdome foi feita, evidenciando cálculo coraliforme de aproximadamente 35mm de diâmetro. Assim, concluiu-se que se tratava de um caso de Cálculo Coraliforme de rim direito associado à possível Nefrite Tubulointersticial Aguda (NIA) devido às infecções urinárias de repetição e ao uso excessivo e recente de antibióticos. Tais condições estariam levando à atual clínica da paciente de Injúria Renal Aguda (IRA). A paciente foi internada pelo serviço de nefrologia do hospital, sendo feita hemodiálise de urgência no dia seguinte. Solicitou-se o parecer da Urologia que optou inicialmente por conduta conservadora: iniciar antibioticoterapia com Meropenem por 14 dias e manter a hemodiálise. No dia 14/03, após não haver melhora do quadro e com piora da função renal optou-se pela Nefrectomia direita. Assim, a paciente recebeu alta hospitalar para marcar a cirurgia ambulatorialmente com o serviço de Urologia do HUV. Os cálculos coraliformes retratam uma preocupação substancial, uma vez que a combinação de infecção e um potencial aumentado de obstrução podem induzir dano ao parênquima renal. Os métodos convencionais para o diagnóstico são o raio-X abdominal e a TC sem contraste, que é o exame de escolha para tal doença⁶. Clinicamente pode se apresentar com dor lombar, astenia, vômitos, hematúria, embora o mais habitual seja febre e infecção urinária. Por vezes ocorre degradação grave e irreversível da função renal sem qualquer manifestação clínica anterior, como ocorreu com a paciente em questão, que, após perder a função do rim direito começou a manifestar uma IRA devido ao surgimento concomitante de uma NIA^{2,4}. A NIA é uma causa sub-diagnosticada de lesão renal aguda ou subaguda e sua causa mais comum é a induzida por drogas⁷. A clínica da NIA é não específica, podendo haver sintomas de IRA como oligúria, náuseas e vômitos, os quais geralmente iniciam dentro de 3 semanas após o início da medicação. Sintomas de hipersensibilidade como rash, febre e artralgias são descritos, porém esta tríade clássica está presente em apenas 5% dos casos⁸. Pode ser difícil identificar a droga implicada quando múltiplas medicações estão em uso e a descontinuação do agente sensibilizante geralmente está associada a um alívio dos sintomas em poucos dias. No caso acima a paciente obteve alívio dos sintomas urêmicos, mas sem restauração da função renal, sendo indicado o tratamento intervencionista do

cálculo¹⁰. O tratamento de primeira linha é a nefrolitotomia percutânea, realizada na maioria dos doentes pela sua grande eficácia e baixa morbidade². Uma tendência de tratamento minimamente invasivo para o manejo de cálculos renais tem ocorrido com o desenvolvimento de novas técnicas, tornando os procedimentos abertos quase obsoletos¹. No entanto, procedimentos minimamente invasivos podem não ser efetivos em certas situações, como em grandes cálculos coraliformes⁹. No caso da paciente acima foi indicada a nefrectomia direita uma vez que o rim direito havia perdido por completo a sua função e estava começando a influenciar no funcionamento do rim esquerdo, previamente saudável. Conclui-se que as patologias abordadas neste caso clínico exigiram um plano terapêutico consistente a fim de prover melhor qualidade de vida à paciente.

1. Universidade de Vassouras

Excisão e sutura de lesão na pele com zetaplastia ou rotação de retalho: epidemiologia

Thaís Moreira Lara¹; Sara Batista de Paula¹; Paula Alvim Lopes¹; Victória dos Reis Portela Pereira¹; Lucineide Martins de Oliveira Maia¹

A Zetaplastia, ou plastia em Z, consiste na transposição de dois retalhos triangulares, com a finalidade de alongar a cicatriz e ajustá-la às linhas de força do local, através da produção de uma linha quebrada.^{1,2} Essa técnica é muito utilizada em contraturas cicatriciais e cirurgias reparadoras², pois, por vezes, as técnicas de reconstrução utilizando enxertos ou rotação de retalhos são necessárias.³ Assim, é comum ter que realizar dois tipos de movimento para obter resultado estético e funcional superior.⁴ O objetivo do presente estudo é analisar o perfil epidemiológico dos procedimentos cirúrgicos de enxerto composto, de modo a identificar o panorama nacional. Foi realizada uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações de Procedimentos Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – de janeiro de 2014 a abril de 2019, avaliando número de procedimentos, distribuição geográfica, caráter de atendimento, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, ano com mais atendimentos, média de permanência hospitalar e valor médio da internação. No Brasil, no período analisado, ocorreram 160.677 procedimentos cirúrgicos de excisão e sutura de lesão na pele com zetaplastia ou rotação de retalho. A região com maior número de internações foi a Sudeste, com 75.367 casos (46,91%), enquanto a região com menos procedimentos foi a Norte, com 7.189 casos (4,24%). O estado com maior número de internações, São Paulo, superou sozinho todas as outras regiões, com 51.653 (32,15%) procedimentos. O caráter de atendimento foi variado, com 126.263 (78,58%) atendimentos eletivos, 33.817 (21,05%) urgentes, 439 (0,27%) por causas externas, 158 (0,1%) acidentes de trabalho. Todos os procedimentos cirúrgicos foram considerados de média complexidade, tendo ocorrido 126 óbitos, com a taxa de mortalidade nacional de 0,08. Durante o período analisado, o ano de 2014 apresentou a maior quantidade de atendimentos, tendo ocorrido 29.960. A média de permanência hospitalar nacional foi de 1,2 dias, sendo que o Centro-Oeste apresentou a maior taxa (2,3 dias) e o Sul obteve a menor (0,8 dias). Ademais, o valor médio de internação foi de R\$402,79, sendo que apenas a região Nordeste obteve valor abaixo da média nacional, com R\$381,24, enquanto a região Centro-Oeste obteve o maior custo, com R\$443,64.5 Portanto, a análise dos dados mostrou que a região Sudeste foi a de maior número de internações, porém, apenas o estado de São Paulo foi capaz de superar todas as demais regiões brasileiras. Além disso, foi possível observar que a região Centro-Oeste é a com maior tempo médio de internação e consequentemente a de maior custo, sendo necessário medidas para reduzir tal cenário, como mais investimentos na capacitação profissional e na melhora da infraestrutura hospitalar. Ademais, por ser um procedimento de média complexidade e de baixa mortalidade, deve-se reduzir o tempo médio de internação, com intuito de diminuir os gastos, para que desta forma seja possível investir em setores com maiores necessidades.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

Comparativo nacional entre transplantes de rim de doador vivo e doador falecido: epidemiologia

Thaís Moreira Lara¹; Fernanda Florenzano Neves¹; Elias José Guedes Lima¹; Ellen Francine Rosestolato¹; Fernanda Correa Chaves¹

A insuficiência renal crônica é a redução da capacidade de filtração dos rins, provocando alterações metabólicas e hormonais, sendo uma manifestação da doença renal crônica (DRC).¹ Dentre os principais fatores causadores de DRC, estão o diabetes e a hipertensão arterial.² Além disso, doenças autoimunes, toxicidade de drogas e outras patologias se enquadram nos fatores de risco enfermidades sistêmicas.^{3,4} Com o avanço da doença chega-se ao estágio de doença renal terminal (DRT), onde há perda de 90% da função renal e o paciente já se encontra em fase de diálise ou pré-diálise. Então, nesses casos o transplante renal é considerado a melhor terapêutica dentro dos aspectos médicos, sociais e econômicos, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.^{6,7} O objetivo do presente estudo é estabelecer um comparativo epidemiológico nacional entre transplantes de rim de doador vivo e doador falecido, fornecendo um panorama nacional. Foi realizada uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações de Procedimentos Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – de janeiro de 2014 a dezembro de 2019, avaliando número de procedimentos, caráter de atendimento, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, média de permanência hospitalar e valor médio da internação. No Brasil, de acordo com o DATASUS, no período analisado houve 20.222 transplantes de rim de doador falecido. Desses procedimentos, 14.649 (72,44%) tiveram caráter de atendimento de urgência, 5.571 (27,54%) tiveram caráter eletivo, 1 ocorreu por acidente de trabalho e 1 ocorreu por causa externa. Todos os procedimentos foram considerados de alta complexidade, tendo ocorrido 362 óbitos, com taxa de mortalidade nacional de 1,79. Ademais, a média de permanência foi de 12,6 dias, com a menor média sendo da região Sudeste (11,9) e a maior da região Norte (14,9). O valor médio de internação foi de R\$43.361,86, sendo que o menor valor é do Norte (R\$30.991,38). No mesmo período, ocorreram 4.767 transplantes de rim de doador vivo. Segundo o caráter de atendimento, 2.837 (59,51%) foram eletivos, enquanto 1.930 (40,49%) foram de urgência. Além disso, ocorreram 20 óbitos, com taxa de mortalidade de 0,42, média de permanência nacional de 9,5 dias e valor médio de internação de R\$31.912,83. A região Sudeste obteve o maior custo (R\$32.998,75) e a menor média de permanência (9,1 dias).⁷ Conclui-se, portanto, que o aumento da expectativa de vida dos portadores de doença renal, relevante no contexto do transplante, tem-se concomitante verificado o aumento da lista única de espera, paralelamente com a maior prevalência das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, na massa populacional, tendo como único fator limitante para a realização do procedimento a carência de órgãos (oriundos de doadores vivos ou falecidos). Assim, percebe-se, a partir de estudos realizados e analisados neste artigo, que ainda há alta prevalência de doadores renais falecidos, muito embora os números já demonstrassem crescimento significativo de doadores vivos principalmente na região Sudeste. Ademais, é possível observar que a tendência será haver o aumento do número de doadores vivos, com a expansão da divulgação de como o procedimento é seguro, de como a vida do doador permanece segura e do grande benefício que será gerado na vida dos que esperam pelo transplante.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

A importância da atenção primária para redução de eventos autodestrutivos: revisão de literatura

Mariana Gomes Soares Bitencourt¹; Arthur de Araújo Gianotti¹

O suicídio, emergência primária em psiquiatria, é a segunda principal causa de morte entre as pessoas entre 15 e 29 anos, quase sempre sendo resultado de doenças mentais como a depressão.^{1,2} Essas doenças, ao serem diagnosticadas e tratadas apropriadamente, podem levar a uma diminuição das tentativas e mortes relacionadas. Assim, a atenção primária à saúde (APS) ocupa um papel privilegiado no cuidado e na articulação da rede de suporte de pessoas em risco e no apoio aos familiares e amigos.³ Ela parte de um entendimento ampliado do processo saúde-doença, de modo que coordena o cuidado, racionalizando o uso de tecnologias e recursos terapêuticos mais caros, estruturando o cuidado em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo também utilizar outros recursos da comunidade na construção do suporte necessário.⁴ O objetivo do presente estudo é analisar o perfil epidemiológico do tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio, de modo a compreender o seu cenário nacional. Foi realizada uma revisão de literatura com base em 6 referências variando entre 2009 e 2017, no idioma português, com o uso do banco de dados do SciELO, PubMed e LILACS, sendo os descritores usados: Suicídio; Depressão; Atenção Primária à Saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização de atenção à saúde voltada para responder de forma contínua, sistematizada e regionalizada à maioria das necessidades de saúde da população, através da integração de atividades preventivas e curativas.³ Assim, ela é uma das responsáveis pela realização do diagnóstico de doenças clínicas e de transtornos mentais, assim como da avaliação da crise emocional do momento em que há o risco de suicídio, visto que são passos fundamentais na prevenção ao atentado a própria vida. As APS têm papel fundamental devido a sua proximidade ao indivíduo, tendo maior sensibilidade para diagnosticar a pessoa em risco e maior acurácia em realizar ações preventivas e curativas de transtornos mentais.³ Considera-se que quadros depressivos com risco de suicídio, dependendo da gravidade, podem ser preferencialmente tratados na própria atenção primária. Assim, através desse atendimento continuado, há uma tendência a queda dos casos de tentativa de suicídio e conseqüentemente uma redução do atendimento hospitalar em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio.^{2,5} Entretanto, em 16 anos, o número de mortes no Brasil relacionadas a depressão cresceu 705%, incluindo casos de suicídio e outras mortes motivadas por problemas de saúde decorrentes de episódios depressivos. Ainda assim, sabe-se que as taxas de suicídio são muito superiores às mortes associadas à depressão porque, em grande parte dos casos, o atestado de óbito não traz a doença como causa associada.⁶ Conclui-se que o fortalecimento e capacitação das equipes da estratégia da saúde da família são fundamentais para a saúde mental. A educação permanente da equipe pode impulsionar mudanças das práticas em saúde, estimulando a construção de ações mais inclusivas das populações vulneráveis. É importante que no cuidado em saúde mental na APS de pessoas com depressão moderada a grave, com ideação suicida ou tentativas de suicídio recentes, seja realizada uma avaliação do risco de cometer suicídio. Esta avaliação é necessariamente uma atitude terapêutica que fortalece vínculos e estabelece responsabilidades e competências. A crise suicida tem relação direta com o isolamento, silêncio e falta de suporte psicossocial, sendo assim, o acolhimento, o amparo, o respeito e o não julgamento são atitudes-chave para o manejo dessas situações. Além disso, verificar fatores de risco, de proteção, avaliar gravidade e mobilizar suporte psicossocial é indispensável para o encaminhamento das situações de crise psíquica que podem ameaçar a vida.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

Análise do perfil do paciente que inicia hemodiálise na cidade de Vassouras/RJ

Lívia Maria Horta Rodrigues¹; Beatriz Mendes Meirelles¹; Alexandre Mitsuo Mituiassu²; Ana Paula Simões Ferreira Teixeira²

A hemodiálise é um processo artificial de filtração dos metabólitos em excesso no sangue, além de permitir adequado controle hídrico, ácido-básico e eletrolítico em situações na qual o rim não pode desempenhar suas funções normais. No Brasil, estima-se que 10 milhões de indivíduos apresentem algum grau de alteração renal.¹ As causas que levam a problema renal são múltiplas, destacando-se hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), que lesam paulatinamente e irreversivelmente os glomérulos e túbulos renais, e outras situações de alto risco como obesidade, tabagismo, idosos e história familiar de DRC.² Ao contrário da lesão renal aguda (LRA), que tem amplas causas e que pode ser revertida, a doença renal crônica (DRC) é apenas tratável, sendo estabelecida quando há lesão parenquimatosa renal ou taxa de filtração glomerular (TFG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ por período ≥ 3 meses. O dano renal é geralmente detectado pela presença de albuminúria $\geq 30 \text{ mg/dia}$ ou alterações como hematúria de origem glomerular, dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS) e alterações eletrolíticas.² Segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, houve um aumento anual médio no número de pacientes de 6,3% nos últimos 5 anos. Em julho de 2016 o número total estimado de pacientes em diálise foi de 122.825 e a taxa de incidência de nefropatia diabética na população em diálise crônica foi de 79 pmp e a taxa anual de mortalidade bruta foi de 18,2%.⁴ De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva, 90% dos pacientes estão em hemodiálise, sendo 85% desse tratamento financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com um gasto anual estimado em R\$ 2,2 bilhões.⁵ Apesar do tratamento, a mortalidade desses pacientes é em torno de 15% ao ano, sendo maior no início da terapia por conta do diagnóstico tardio. Os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) possuem relevante papel em diagnosticar e avaliar situações de risco, encaminhando-as para especialistas ainda no início da doença, afim de se obter melhores resultados com o tratamento ou a possibilidade de estadiamento da doença. Esses pacientes são acometidos de inúmeras limitações em suas atividades diárias, entre elas esfera social, econômica, alimentar e sexual. Observa-se ainda, que o início do tratamento dialítico marca a adoção de um novo estilo de vida e que por isso pode culminar com instabilidade psicológica. 6 Frente à necessidade de novas propostas que orientem o controle das condições crônicas e estratégias de prevenção, o Ministério da Saúde tem investido em políticas com enfoque nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS). Nesse modelo, a APS atua como porta de entrada e deve acompanhar o paciente através de ferramentas como: sistema de referência e contrarreferência, prontuário clínico, além de estratégias de comunicação efetiva entre especialistas e as equipes da atenção primária.^{7,8} Estudo observacional e prospectivo com análise de 52 prontuários entre dezembro de 2018 e junho de 2019. O critério de inclusão para o estudo foram pacientes de clínica aguda ou crônica, que iniciaram tratamento hemodialítico no Hospital Universitário de Vassouras (HUV) dentro do período estabelecido. A obtenção das informações foi feita através de análise de prontuário, e os dados avaliados correspondem aos parâmetros antes da primeira sessão de hemodiálise. Foram comparados os resultados obtidos entre pacientes com Injúria Renal Aguda (KDIGO) e Doença Renal Crônica que iniciaram tratamento dialítico no HUV. Dos pacientes 52 pacientes, 48,07% em homens e 51,92% eram mulheres. A

média de idade foi de 65,8 anos nos pacientes agudos e 64,4 nos crônicos. A média de pressão foi de 139x74 mmHg nos agudos e 146x85mmHg nos crônicos. A indicação de diálise nos grupos analisados ocorreu por uremia (34,6%), acidose metabólica (26,92%), hipervolemia (15,38%), hipercalemia (13,46%) e outros (9,61%). Hipertensão arterial e diabetes mellitus foram encontradas em 64,23% e 56,53% dos pacientes crônicos, respectivamente. Após o tratamento dialítico, 53,94% dos pacientes foram mantidos em hemodiálise, 11,63% tiveram recuperação do quadro, em 3,48% houve mudança do diagnóstico inicial, de agudo para crônico, e 30,95% foram a óbito. Dos pacientes crônicos, 65,5% não faziam acompanhamento prévio com Nefrologista. Observou-se que muitas dessas internações e complicações, que oneram o sistema público de saúde seriam evitadas com medidas simples de prevenção na saúde básica, com melhor capacitação das equipes multidisciplinares para otimização do tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

1. Discente da Universidade de Vassouras-RJ
2. Docente da Universidade de Vassouras

Esteato-Hepatite: revisão de literatura.

Karine Grillo de Freitas¹; Juliana Teixeira Miquelito; Fabiane Roberto Leite¹; Sávio Reis Fonseca¹; Emílio Conceição de Siqueira¹

Até a década de 1980, acreditava-se que todo fígado com acúmulo de gordura e sinais de inflamação era causado pelo consumo de álcool, porém, nessa mesma época foram descobertas por Ludwig, pessoas obesas e diabéticas que negavam o uso de álcool e também apresentavam alterações no fígado muito semelhantes a da hepatite alcoólica. Tais alterações foram descritas como esteato-hepatite não alcoólica (EHNA), sendo caracterizada como uma doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA). Na atualidade, a DHGNA é uma das mais frequentes causas de doença hepática, acometendo todas as faixas etárias e ambos os sexos. É definida como o acúmulo excessivo de lipídeos no citoplasma dos hepatócitos, sobretudo triglicérides, excedendo 5% do peso do órgão. Ademais, é uma condição clínica patológica de amplo espectro e com elevada capacidade evolutiva, que inclui a esteatose hepática e a esteato-hepatite, a qual pode evoluir para cirrose e carcinoma hepatocelular. O presente trabalho objetiva expor e correlacionar dados epidemiológicos e informações a cerca da DHGNA, sua evolução para esteato-hepatite não alcoólica e suas possíveis complicações, visto que a DHGNA pode ser prevenida ou minimizada, desde que seja diagnosticada precocemente e esteja associada a mudanças no estilo de vida. Além disso, o assunto abordado possui grande relevância, uma vez que tal condição clínica se dá com frequência, em geral de forma assintomática, contudo com acentuada progressão para malignidade. A metodologia consiste na pesquisa de artigos científicos nacionais e internacionais usando como base as fontes Scielo, Pubmed, PMC e dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Hepatologia. Foram incluídos artigos originais indexados no período entre os anos de 2003 e 2018, com delineamento experimental ou observacional. Após criteriosa análise dos dados pode-se correlacionar como se dá a evolução do quadro de esteatose hepática não alcoólica para esteato-hepatite, bem como a sua prevalência na população em geral, suas implicações clínicas, sinais e sintomas mais comuns e achados em exames de imagem. Os dados analisados comprovam que dos pacientes com esteato-hepatite acompanhados por até 9 anos, 27% evoluíram para fibrose e 19% para cirrose, enquanto isso a maioria dos pacientes apenas com esteatose permaneceram sem lesão hepática mesmo com acompanhamento de até 20 anos. Outrossim, a incidência de carcinoma hepatocelular (CHC) aumentou em mais de 3 vezes nos últimos 30 anos – de 1,5 para 4,9 por 100.000 – sendo o quinto câncer mais comum no mundo, responsável por cerca de 5% de todos os tumores malignos em humanos e terceira principal causa de morte relacionada ao câncer. Portanto, conclui-se que o presente estudo se faz de grande destaque, visto que trata de um tema com expressiva prevalência, porém não muito abordado na literatura. Dessa forma, busca-se com o mesmo a atualização de profissionais e estudantes da área e da bibliografia vigente.

1. Universidade de Vassouras¹, Vassouras, RJ, Brasil.

Melanoma nodular amelanótico gigante: relato de caso **Paula Fialho Bitarães¹ ; Alex Pereira Ramos¹ ; Carolina Feres de Melo¹ ; Cristiane de Souza Marques Rocha¹**

Introdução: O melanoma maligno cutâneo é mais comum entre os 30 e 60 anos de idade, apresentando maior incidência em pessoas de pele clara que vivem próximo a linha do equador. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer, no Brasil foram estimados 6.260 casos novos de melanoma no ano de 2018, sendo 2.920 casos em homens e 3.340 em mulheres. Dessa forma, se estabelece um importante problema de saúde atual. Diante do aumento da incidência desse câncer no Brasil, da alta taxa de mortalidade e das dificuldades no diagnóstico precoce, este trabalho tem como objetivo relatar a evolução clínica de um paciente com melanoma nodular amelanótico gigante, cujo diagnóstico foi feito após um ano de procura por atendimento, e a forma que a espera pela conduta pode impactar na sobrevivência do paciente. **Relato de caso:** Paciente J.C.V, 57 anos, sexo masculino, branco, natural e residente de Três Rios/RJ, sem comorbidades, restaurador de antiguidades há 37 anos. Nega antecedentes pessoais e familiares de melanoma. Encaminhado pelo Hospital Municipal Luiz Gonzaga, situado em Miguel Pereira/RJ, para o ambulatório de cirurgia oncológica do Hospital Universitário de Vassouras no dia 28/05/2018, apresentando massa vegetante, expansiva e friável em antebraço esquerdo com evolução de 1 ano. O paciente trouxe à consulta o resultado do estudo anatomopatológico realizado no dia 13/04/2018, que acusava neoplasia pouco diferenciada, ulcerada, associada a material fibrinoleucocitário. Também realizou ressonância magnética do antebraço esquerdo no dia 02/03/2018 que demonstrou volumosa formação expansiva acometendo o tecido subcutâneo na face dorsal do antebraço, em seu terço distal, com aspecto vegetante/exofítico, contornos irregulares, pediculada, medindo cerca de 7,0x3,4x6,0(LxAPXT). A lesão mantinha contato com as aponeuroses musculares; essas, porém, ainda preservadas. Foi interrogado provável dermatofibrossarcoma, carcinoma indiferenciado ou melanoma; resultado que se esclareceria através de estudo imunohistoquímico, que mais tarde confirmou diagnóstico de melanoma. Esse tumor apresentava coloração rósea, sendo então classificado como melanoma subtipo nodular amelanótico. Foi rastreado metástase pulmonar e abdominal através da Tomografia Computadorizada do tórax e do abdome total, que se apresentaram dentro dos padrões da normalidade. Como tratamento, realizou-se remoção cirúrgica ampliada do tumor no dia 25/06/2018 com retalho local, aproximação parcial das bordas e fechamento central com cicatrização por segunda intenção devido ao grande tamanho do tumor. Após 14 dias do procedimento, o paciente retornou ao ambulatório, o local da exérese do tumor apresentava boa cicatrização, no entanto havia o surgimento de lesão hipercrômica próxima a ferida operatória e queixa de sintomas neurológicos, que segundo o paciente teria sido um episódio de hemiplegia braquiocrural esquerda ocorrida um dia antes deste atendimento, o que interrogou uma provável metástase cerebral. Para dar sequência a investigação e tratamento, foi solicitado o estudo de Breslow, ressonância magnética do crânio, e o paciente foi encaminhado ao INCA (Instituto Nacional De Câncer). **Discussão:** O melanoma cutâneo é mais frequente em regiões próximas a linha do equador. Portanto, a exposição solar é o

fator de risco mais importante para o desenvolvimento desse câncer. Os melanomas nodulares amelanóticos são especialmente difíceis e podem ser confundidos com verrugas ou carcinoma de células escamosas. O paciente em questão foi diagnosticado com melanoma nodular amelanótico de grande tamanho, o que dificultou o diagnóstico precoce por se tratar de um acometimento menos comum das lesões de pele. Quanto menos o melanoma expandir na pele, maior a probabilidade de cura. No caso, o paciente teve evolução de 1 ano de seu tumor desde o surgimento até o diagnóstico e tratamento, o que aumentou as chances de metástase e consequentemente diminuiu a possibilidade de cura definitiva. O tratamento cirúrgico definitivo do melanoma cutâneo primário é uma ampla excisão local. No relato acima, como tratamento foi realizada remoção cirúrgica ampliada do tumor com retalho local, aproximação parcial das bordas e fechamento central com cicatrização por segunda intenção devido ao grande tamanho do tumor. As metástases cerebrais são uma das complicações mais frequentes em pacientes com melanoma avançado regional e metastático e configuram uma importante causa de morbidade e mortalidade. O paciente do relato apresentou dias após a cirurgia de remoção do tumor, sintomas neurológicos sugestivos de metástase cerebral, comprovando ser uma frequente complicação dessa doença. Conclusão: O Melanoma é um câncer de grande importância, devido ao seu potencial de letalidade e ao aumento da sua incidência na última década no Brasil. Dessa forma, a demora no diagnóstico desse câncer pode impactar negativamente a qualidade de vida do paciente e o prognóstico da doença.

1. Universidade de Vassouras¹, curso de medicina, Vassouras-RJ, Brasil

A necessidade do tratamento multidisciplinar em idosos com fratura de Fêmur

Julia Carolina Alves Monteiro de Castro¹; Marianna Ramalho de Sousa¹; Géssica Silva Cazagrande¹; Joyce Beff de Amorim Nascimento¹; Leonardo de Lima Moura²

Introdução: Existe uma grande preocupação em relação ao modo como as pessoas envelhecem atualmente. A qualidade de vida durante o envelhecimento está relacionada à diminuição da capacidade funcional do idoso. Estudos descrevem uma maior preocupação das doenças relacionadas a essa faixa etária, destacando-se as quedas. Estas geram, além de prejuízo físico e psicológico, aumento dos custos com os cuidados de saúde, sobretudo hospitalizações. 1,2 Dentre as suas principais consequências, as fraturas de fêmur (FF) emergem como um dos problemas de saúde associada ao envelhecimento da população, responsável pelo aumento de taxas de morbimortalidade e comprometimento da qualidade de vida dos idosos. **Material e métodos:** A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura. As referências utilizadas foram retiradas de bases eletrônicas de artigos (SCIELO, MEDLINE, PUB MED), e livros sobre o tema no período de 2014 a 2018. **Resultados e discussão:** Como principais resultados, observou-se que a fratura de fêmur (FF) atinge principalmente mulheres idosas, sendo importante ressaltar que a maioria das FF ocorre na parte proximal do osso. O trauma está diretamente relacionado a condições, como, a desnutrição, sedentarismo, diminuição da acuidade visual e dos reflexos instintivos, sarcopenia e principalmente fragilidade óssea. 3 A osteoporose é a principal responsável pelo aumento na incidência de FF na faixa etária acima dos 60 anos. Estima-se que um terço das mulheres da raça branca com idade superior a 65 anos tenha osteoporose e 30% delas sofram ao menos uma queda por ano. Idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e em uso de anti-hipertensivos também são mais propensos a sofrer FF, o que pode estar relacionado com o tipo de medicamento utilizado por esses indivíduos. Uma possível explicação para o aumento do risco de FF em portadores de HAS é o grande volume na perda urinária de minerais, principalmente o cálcio. O tratamento normalmente indicado na maioria dessas fraturas é cirúrgico. Há também o conservador, ou seja, sem a realização da cirurgia sendo mais restrito aos que estão acamados, sem condição de marcha ou que apresentam contra-indicações para a intervenção cirúrgica. Considerando a importância da reabilitação do indivíduo, o tratamento das FF necessita de um envolvimento multiprofissional, com profissionais de diversas áreas da saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, para cuidados clínicos e acompanhamento adequado. Os objetivos incluem acelerar o retorno funcional dos indivíduos acometidos e evitar possíveis complicações. Os impactos da FF na esfera psicossocial do idoso é extremamente relevante. Dentre as consequências psicológicas estão o medo de voltar a cair, desgaste emocional, depressão, menor controle percebido e menos otimismo com relação ao futuro. **Conclusão:** Foi constatado um crescente número de FF em idosos fazendo com que essa questão seja um problema de saúde pública. Acometendo principalmente indivíduos do sexo feminino e tendo como causa principal a queda da própria altura. Esse trauma é resultante de déficit nutricional, uso de

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

fármacos, sarcopenia, osteoporose e gera além das consequências físicas, problemas psicológicos relevantes, como, depressão e ansiedade. O tratamento normalmente indicado é que o idoso seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar para que haja uma satisfatória reabilitação desse paciente. Além da necessidade de terapias, de modo que o indivíduo seja cuidado de forma resolutiva no seu biopsicossocial.

1. Universidade de Vassouras. Discente do Curso de Medicina. Vassouras/RJ/ Brasil;
2. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ/Brasil.

Panorama da sífilis no Brasil

Marianna Ramalho de Sousa¹ ;Camila Piveti Farias¹ ; Joyce Beff de Amorim Nascimento¹; Géssica Silva Cazagrande¹; Júlia Carolina Alves Monteiro de Castro¹; Leonardo de Lima Moura²

Introdução: A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) milenar e persistente. Mundialmente, nota-se que a sífilis é uma infecção reemergente, principalmente na Itália e nos Estados Unidos, sendo necessário o rastreamento de todas as gestantes durante o pré-natal e tratamento em tempo hábil, com o intuito de conter a infecção congênita. Na América Latina, na África e em países da Ásia, a incidência desta IST permanece elevada e seu controle com foco na assistência pré-natal é um desafio global contínuo aos sistemas de saúde.¹ Dessa forma, é importante o estudo da sua prevalência para adoção de medidas efetivas que possam diminuir a quantidade de casos e, assim de gastos com essa doença. O objetivo do estudo é analisar a prevalência e o perfil epidemiológico dos portadores de sífilis no Brasil. Material e métodos: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura em conjunto à coleta descritiva, transversal e observacional dos dados disponíveis no DATASUS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – de 2010 a 2018, avaliando a quantidade de casos notificados, óbitos, e padrão dos portadores. Resultados e discussão: No período de 2010 a junho de 2018, foram notificados no SINAN 479.730 casos de sífilis adquirida, dos quais a maior parte ocorreu no Sudeste (56,4%) e Sul (22,3%), sendo que do total desses casos 25% ocorreu apenas em 2017 (119.800). Em 2017, a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (35,3%) e 30 e 39 anos de idade (21,7%). De 2010 a 2017, a maior parte das infecções por sífilis ocorreu em mulheres 60,1% (376.886). Quanto à escolaridade, no ano de 2017, em 26,1% das notificações essa informação foi preenchida como “ignorada” e entre os casos informados, 18,1% possuíam ensino médio completo e 19,4%, ensino fundamental incompleto. Quanto à informação referente à raça/cor, houve melhora no preenchimento: em 2010, 34,5% possuíam a informação ignorada, percentual reduzido para 16,2%, em 2017. Nesse mesmo ano, a maioria dos indivíduos eram brancos (38,4%), seguidos de pardos (34,3%). No período de 2005 a junho de 2018, foram notificados 259.087 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,1% foram casos residentes na Região Sudeste. Quanto à observação do diagnóstico de sífilis em gestantes segundo idade gestacional por regiões, no ano de 2017, o diagnóstico no primeiro trimestre ocorre com maior proporção nas regiões Sul (47,5%) e Sudeste (45,7%), e com menor proporção nas regiões Norte (25,3%) e Nordeste (27,6%), justamente regiões de menor IDH o que demonstra a fragilidade do pré-natal nesses locais. Conclusão: A sífilis adquirida vem também se instalando entre os segmentos mais jovens da população brasileira, sobretudo entre homens, o que impõe a necessidade de desenvolver estratégias intersetoriais, incluindo ações de prevenção nas escolas e nas redes de interação juvenil. Esse movimento contribui para a promoção da saúde integral do homem, considerando que a maioria destes só procura serviços de saúde quando doentes. Uma cultura que precisa ser revertida, principalmente em se tratando de IST. Em virtude disso, é essencial o efetivo controle da sífilis através da qualidade a atenção as mulheres, principalmente àquelas em idade fértil além de promover um efetivo pré-natal as gestantes de modo que se reduzam os

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

casos de sífilis adquiridas durante a gestação e os casos congênitos da doença. Para tal, é fundamental a ampliação do acesso ao teste rápido para o diagnóstico na AB e a obtenção facilitada do tratamento."

1. Universidade de Vassouras. Discente do Curso de Medicina. Vassouras/RJ/ Brasil.

2. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro /RJ/Brasil.

Aplicação dos testes neuropsicológicos: mini exame do estado mental, teste de fluência verbal e teste do desenho do relógio para detecção precoce da demência: uma revisão bibliográfica.

Sávio Reis Fonseca¹; Lucas Melo Demier de Carvalho¹; Rafael Monteiro Camisão¹; Júlio César Almeida E Silva; Vitor de Castro Vieira¹; Chan Tiel Yuen¹

A prevalência dos casos de demência tem aumentado bastante nos últimos anos, principalmente na população senil, e a procura por métodos diagnósticos têm sido um fator importante para o prognóstico. Isso é retrato da situação atual, em que ocorre o aumento progressivo da expectativa de vida, e conseqüentemente uma elevação do número de casos de doenças crônico-degenerativas.

Demência é definida como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global de memória, associado ao déficit de uma ou mais funções cognitivas como linguagem e funções executivas, com uma intensidade que possa interferir no desempenho social diário ou ocupacional do indivíduo.

Levando em consideração os testes diagnósticos temos diferentes métodos, sendo o mais importante o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM é importante nesse cenário por preencher requisitos que facilitam seu uso, sendo ele: simples, de fácil aplicação, passível de reaplicação e também pela sua confiabilidade quando comparado a outros testes. Esse exame é constituído para avaliação de questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas. Entretanto, é necessário respeitar certas variáveis para análise de seu resultado, como por exemplo o nível de escolaridade do paciente, pois níveis mais baixos podem acarretar em erros diagnósticos. Embora amplo, ele é superficial e pode ser considerado limitado nas avaliações de função executiva e visuoespacial, e em casos de estágios iniciais, pode sofrer interferência direta da escolaridade dos indivíduos analisados.

Este trabalho tem como objetivo revisar a produção científica na literatura nacional, entre 2002 e 2014, sobre aplicação de testes neuropsicológicos para a detecção precoce da demência. Foram revisados 14 artigos, buscados nas bases de dados bibliográficas Scielo, Pubmed e Lilacs utilizando as palavras-chave "Demência", "Teste de Fluência Verbal", "Teste do Desenho do Relógio" e "Mini Exame do Estado Mental". O diagnóstico de demência tem como base a presença de declínio da memória e de outras funções cognitivas. Porém, os artigos encontrados neste estudo vêm demonstrando uma apresentação mais complexa da síndrome, com acometimentos além da cognição, como por exemplo, alterações comportamentais. Em um estudo realizado por Vega dentro de uma amostra de 35 idosos prevaleceram os seguintes sintomas: apatia (76,5%), alterações motoras (67,6%), depressão e ansiedade

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

(58,8%). Com base neste dado e prevalência destes sintomas, seria interessante também, avaliar os pacientes em aspectos além da cognição.

O Mini Exame do Estado Mental é uma ferramenta que se mostra como a principal para detecção da demência, sendo a mais utilizada. Entretanto, concluiu-se que ele não fecha o diagnóstico sozinho, devendo-se, portanto, utilizar outros métodos como o Teste de Fluência Verbal e o Teste do Desenho do Relógio, ambos servem como forma de complementação da avaliação neuropsicológica e efetivação de um diagnóstico preciso e possibilitando assim um tratamento precoce.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.

Pneumonia necrotizante em pré-escolar

Ana Carolina Monteiro Pereira da Silva¹; Karolyne Stivanin Fraga¹; Letícia Maria Maia de Carvalho¹; Christianne Terra de Oliveira Azevedo¹

A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da forma comunitária com uma fisiopatologia ainda mal definida. Os agentes etiológicos mais envolvidos são *S.aureus*, *Klebsiella sp.*, *S. pneumoniae*, *Aspergillus spp.* e *Legionella spp.* Apesar de ser uma condição rara e grave, os pacientes pediátricos tendem a responder bem à pneumonia necrotizante, muitas vezes obtendo remissão do quadro apenas com terapia clínica. É uma complicação que vem apresentando uma ascensão considerável e, na faixa etária pediátrica, a epidemiologia da pneumonia necrotizante está vinculada mais a crianças pequenas do que a fatores de risco propriamente ditos. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de pneumonia comunitária associada a derrame pleural e broncoespasmo em pré-escolar que teve evolução complicada para pneumonia necrotizante e resolução total pós segmentectomia e antibioticoterapia. Pré-escolar de dois anos e meio, sexo feminino, previamente hígida, sem comorbidades e com cartão vacinal em dia deu entrada ao serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de sua cidade com picos febris, prostração, redução da ausculta pulmonar e edema de face e membros superiores. Foi diagnosticada com pneumonia associada a derrame pleural e broncoespasmo e iniciado antibioticoterapia com ceftriaxona e oxacilina. Em 48h após o início da terapêutica não houve melhora clínica satisfatória, sendo solicitada vaga em UTI pediátrica. Ao ser transferida, a conduta foi alterada, iniciando o uso de macronebulização, terapia de hidratação venosa com reposição de eletrólitos, dipirona e penicilina cristalina. Após 72h do início da penicilina cristalina, o murmúrio vesicular obteve uma leve melhora, porém, continuava reduzido. Com uma semana de internação a paciente foi levada ao centro cirúrgico, aonde foi realizado descorticação pulmonar junto de uma segmentectomia. Durante a cirurgia foi observado na cavidade torácica secreção purulenta espessa e fibrina, junto de área necrótica e infecciosa em lobo superior direito, ocupando a metade do mesmo. Essa secreção foi retirada e a cavidade pulmonar foi lavada com soro fisiológico. O abscesso encontrado determinou o início do uso de clindamicina. No segundo dia pós-cirurgia, a paciente já estava em ar ambiente sem esforço respiratório, apresentando a partir de então melhora clínica e radiológica significativas e ausência de intercorrências. Após 22 dias de internação, desde sua entrada na emergência, a paciente recebeu alta. O caso relatado evidencia a complexidade de uma pneumonia adquirida na comunidade e uma de suas complicações que, apesar de rara, está em ascensão e possui uma morbidade significativa. O aumento de relatos de pneumonia necrotizante não apresenta ainda uma explicação definida, porém, pode estar muito relacionado ao uso errôneo de antibióticos resultando na seleção de cepas cada vez mais resistentes. A pneumonia pneumocócica na faixa pediátrica raramente cursava com uma necrose pulmonar, fato esse que vem apresentando mudanças atualmente, o que exige maior atenção ao estar diante de pacientes que sejam candidatos à essa complicação. No caso descrito, em decorrência da idade da paciente, o agente etiológico que apresentava maiores chances de estar envolvido é o *S.pneumoniae*. Porém, a gravidade que a paciente chegou à Santa Casa de seu município provavelmente foi o que resultou na escolha da associação de

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

ceftriaxone com oxacilina, escolha essa que, apesar de não ser a primeira linha, cobre um espectro de ação maior do que a antibioticoterapia usual, feita com penicilina cristalina. É importante salientar a diferença que a otimização antibiótica faz, uma vez que a penicilina cristalina por si só conteve a pneumonia durante todo o processo após a troca da antibioticoterapia, sendo necessária a associação da clindamicina apenas pela presença do abscesso. Esse fato mostra a importância em iniciar o tratamento com um antibiótico de menor espectro e avaliar a resposta clínica do paciente, afim de evitar uma multirresistência bacteriana. A criança do caso descrito apresentou uma complicação de pneumonia comunitária grave, sem relação com sua situação imunológica, sendo importante informar aos pais esse fato para evitar culpabilização.

1. Universidade de Vassouras; Vassouras, RJ, Brasil

Análise comparativa dos casos de Hepatite B no município de Vassouras e no estado do Rio de Janeiro nos anos de 2014 a 2018

Rafaela Barbosa Medeiros¹; Luiz Henrique Perucci Simas¹; Rafaela Barbosa da Rocha Setta¹; Maria Cristina Almeida de Souza²

A hepatite é causada pelo vírus da hepatite B (HBV), pertencente à família hepadnavirus, cujo genoma é formado por DNA. Ele tem tropismo pelo hepatócito, ao qual se liga através de receptores celulares e se multiplica dentro do núcleo da célula hepática, danificando-a. O HBV tem a capacidade de sobreviver várias horas fora do organismo humano, o que aumenta seu poder de infecção (1). A hepatite B é um grave problema de saúde pública (2) pois mais de 2 bilhões de pessoas têm cicatriz sorológica de contato com o vírus, sendo que 250 milhões são portadoras da infecção na forma crônica (3). No Brasil, foram notificados 218.257 casos entre 1999 e 2017 e 40.000 novos casos são esperados para o ano de 2019 (4). A transmissão da hepatite faz-se por via parenteral sobretudo, pela via sexual, sendo considerada Infecção Sexualmente Transmissível (IST), mas a transmissão vertical também acontece. Aproximadamente, de 5% a 10% dos indivíduos infectados tornam-se portadores crônicos do HBV e cerca de 20 a 25% dos casos crônicos com replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose) (5,6). Este estudo tem como objetivo analisar a incidência de hepatite B no município de Vassouras em relação ao estado do Rio de Janeiro e correlacioná-los quanto ao risco de transmissão vertical. Foram coletados dados do DATASUS notificados por meio do Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis (SINAN). Enquanto 0,018% da população do Estado do Rio de Janeiro foi infectada no período de tempo avaliado, em Vassouras a incidência foi de 0,016%. Sobre a notificação, 3.151 casos da doença foram notificados no estado entre 2014 e 2018; destes 42% dos casos eram em mulheres, 45% em idade fértil. Em Vassouras, foram 6 casos confirmados nesse período, dos quais, 66% em mulheres e todas em idade fértil. Mesmo com uma incidência menor de casos em relação à população de cada local estudado, Vassouras tem maior probabilidade de apresentar transmissão vertical. Quando os recém-nascidos entram em contato com o vírus B há 90% de chance de se tornarem cronicamente infectados, sendo a taxa reduzida para 5-10% se a infecção ocorre em adultos (7). O Ministério da Saúde recomenda que todos os recém-nascidos sejam vacinados nas primeiras 24

horas de vida, sendo altamente eficaz na prevenção da transmissão vertical do vírus da hepatite B (8). Para a prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos de mães HBsAg positivo, deve-se administrar além da vacina, imunoglobulina humana específica (HBIG 0,5ml), preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, sendo que a vacina e a imunoglobulina devem ser aplicadas em locais diferentes do corpo (9). Contudo, para que essa prevenção seja eficaz, é necessária a identificação da doença através do rastreio precoce da infecção no período do pré-natal. A Hepatite B é uma doença infectocontagiosa, pode ser evitada com o uso de métodos de barreira por ser considerada uma IST. Com base no que foi analisado, a incidência de casos entre as mulheres em idade fértil no município de Vassouras é proporcionalmente mais alta se comparada ao estado do Rio de Janeiro, esse dado é preocupante pois a transmissão vertical traz maior chance de cronificação da hepatite na criança, forma grave da doença, podendo ainda permanecer infectantes por toda a vida, perpetuando as diversas formas de contágio. Sendo a transmissão vertical responsável por casos de adultos com infecção crônica e graves complicações, a prevenção mais eficiente deveria ser considerada alvo principal dos gestores e colaboradores em saúde do Brasil.

1. Universidade de Vassouras, Discente do Curso de Medicina, Vassouras/RJ, Brasil;

2. Universidade de Vassouras, Docente do Curso de Medicina, Vassouras/RJ, Brasil

Análise epidemiológica dos procedimentos de mamoplastia pós-cirurgia bariátrica

Sara Batista de Paula¹; Thaís Moreira Lara¹; Victoria dos Reis Portela Pereira¹; Paula Alvim Lopes¹; Lucineide Martins de Oliveira Maia¹

A cirurgia plástica faz parte do tratamento multidisciplinar da obesidade e de suas comorbidades, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida, promovendo reintegração social através da harmonização corporal e do tratamento de complicações orgânicas. 1,2 Após grandes perdas ponderais, como as que ocorrem no pós-operatório da cirurgia bariátrica, é comum haver grande perda de tecido mamário, podendo ocorrer flacidez, ptose em graus variados e polo superior vazio, o que pode fazer com que o paciente e o médico optem pela realização de mamoplastia. 1,3 O objetivo do presente estudo é analisar o perfil epidemiológico dos procedimentos de mamoplastias pós cirurgia bariátrica, de modo a identificar o seu panorama nacional. Foi realizada uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações de Procedimentos Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – de abril de 2014 a abril de 2019, avaliando aspectos por região como caráter de atendimento, média de permanência hospitalar e valor médio de internação com os procedimentos relacionados ao quadro de internações para a realização de mamoplastia pós-cirurgia bariátrica. No Brasil, no período analisado, foram realizados 1.290 procedimentos de mamoplastia pós-cirurgia bariátrica. A região com o maior número de internações foi a Sudeste, com 661 casos (51,24%), em contrapartida a região com menor número de procedimentos foi a Norte, com 41 casos (3,17%). O caráter dos atendimentos variou entre dois grupos, com 1.119 (86,74%) cirurgias do tipo eletiva e 171 (13,25%) cirurgias de urgência, perfazendo o total de 1.290 cirurgias. Devido ao caráter reparador da mamoplastia pós-bariátrica este dado se faz coerente. A média nacional de permanência hospitalar foi de 1,6 dias, sendo o Norte o representante da maior taxa (5,4 dias) e o Sul representante da menor (1,3 dias). Durante o período analisado, o ano de 2017 apresentou a maior quantidade de atendimentos, tendo ocorrido 317 cirurgias do tipo, e sendo a região Sudeste responsável pela abordagem de 153 (48,26%) dos casos deste referido ano. Todos os procedimentos cirúrgicos foram considerados de média complexidade, tendo ocorrido apenas 1 óbito na região Norte, com a taxa de mortalidade nacional de 0,08. Para mais, o valor médio de internação foi de R\$1.124,12, estando as regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste abaixo da média nacional, com os valores de R\$891,91, R\$1.094,60 e R\$877,21, nesta ordem, enquanto Nordeste e Sul obtiveram os maiores custos, com R\$1.130,11 e R\$1.242,25, respectivamente. Conclui-se, portanto, que a alta prevalência de procedimentos na região sudeste é contrastada pelo número de internação na região nordeste, sendo esse um indício da necessidade de otimização do serviço, visando a

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

redução dos custos. Ademais, seria fundamental que a região Centro-oeste investisse em maior capacitação profissional, além da melhora da infraestrutura hospitalar, visando reduzir o tempo de permanência através da maior efetividade no atendimento.

1. Curso de medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

Análise dos procedimentos cirúrgicos de aneurisma da aorta nas regiões brasileiras em 10 anos

Samara Maia Silva¹, Patrick de Abreu Cunha Lopes², Paulo Roberto Hernandez Júnior², Lucineide Martins de Oliveira Maia³

O aneurisma é definido como uma dilatação focal de uma artéria, apresentando aumento de mais de 50% em relação ao diâmetro normal do vaso. Aneurisma da aorta (AA) é uma patologia com alta morbidade e mortalidade. Podem ser classificados de acordo com a localização, sendo que, os aneurismas de aorta abdominal têm maior ocorrência, correspondendo a 80% de todos os aneurismas aórticos, seguidos dos de aorta torácica (19%), dos toracoabdominais (2%) e dos de artéria ilíaca isolados (1%). O presente estudo teve como objetivo analisar o atual panorama de procedimentos de tratamento de aneurisma da aorta realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de tratamento de aneurisma da aorta, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – dezembro de 2008 a dezembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos em português e inglês disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed. No período analisado observaram-se 36.493 internações para a realização de procedimentos de tratamento de aneurisma da aorta, representando um gasto total de R\$ 43.815.151,67, sendo 2016 o ano com maior número de internações (4.073) e 2018 o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 5.757.601,03). Do total de procedimentos, 5.923 foram realizados em caráter eletivo, 30.570 em caráter de urgência, tendo sido todos considerados de média complexidade e nenhum de alta complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 13,55, correspondendo a 4.944 óbitos, sendo 2008 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 15,71, enquanto o ano de 2016 apresentou a menor taxa, 12,39. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 12,39 em comparação a 15,18 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 8,6 dias. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 18.324 internações, seguida da região Sul com 7.924, Nordeste com 6.171, Centro-Oeste com 2.466 e, por último, a região Norte com 1.608 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 10.093. A região com maior número de óbitos foi a Sudeste com 2.552 casos, enquanto a região Norte apresentou o menor número, com 244 óbitos registrados. A região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de mortalidade (16,22),

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

seguida pela região (Norte). Já a região Nordeste apresentou a menor taxa, com valor de 11,52. O aneurisma da aorta pode estar presente em vários estados brasileiros devido à gravidade da doença no país. Pode-se observar, ainda, a partir do presente estudo, que a região Sudeste necessita de atenção para os casos de aneurisma da aorta, pois detém maior número de internações e óbitos. Além disso, é importante evidenciar a necessidade da notificação correta dos procedimentos, devido à ausência de determinadas informações no DATASUS, visando aprimorar a análise epidemiológica brasileira atual. Analisar a prevalência, taxa de mortalidade e número de óbitos permite tanto o desenvolvimento de medidas de prevenção como de tratamento.

1. Discente do Curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de fora-MG, Brasil;
2. Discente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil;
3. Docente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil.

A importância da investigação de fatores de risco para eventos trombóticos no pré-operatório: relato de caso

Alana Rocha de Oliveira¹; Aline Rocha de Oliveira¹; Fernanda Florenzano Neves¹; Humberto José Portella Garcia¹.

O manejo pré-operatório do paciente com câncer (CA) pode ser complexo. Os efeitos diretos e indiretos (sistêmicos) do CA e os efeitos colaterais de sua terapia podem influenciar na avaliação e no gerenciamento perioperatórios. Pacientes com malignidade tem 2 a 20 vezes maior risco de tromboembolismo venoso (TEV), em comparação com a população geral. Na atual prática de oncologia, a parte mais desafiadora é melhorar a conscientização sobre a necessidade de uma detecção e manejo precoce de TEV antes de lidar com complicações mortais. Este trabalho tem como objetivo abordar a relevância da triagem para eventos trombóticos na avaliação pré-operatória, principalmente, no paciente oncológico, e estabelecer a importância dessa conduta na sobrevida dos doentes. Paciente R.D.R, feminino, 53 anos, queixa-se de dispareunia, dor na fossa ilíaca direita e metrorragia. Em agosto de 2017, paciente procura ginecologista devido suas queixas de dispareunia e dor na fossa ilíaca direita, em pontada, sem irradiação e fatores de melhora, tendo como fator de piora a relação sexual. Foram associadas ao período climatérico, sendo receitado lavagem vaginal por 15 dias e creme intravaginal de estrogênio. Entretanto, não houve melhora do quadro clínico, agora associado a metrorragia contínua, procurou novamente atendimento médico, em que foi solicitado USG intravaginal, o qual detectou presença de pólipos endometriais e aumento do volume uterino (270mm³). Como seguimento foi solicitado a videohisteroscopia com biópsia dos pólipos, não sendo realizada de imediato devido a intercorrência do aumento da metrorragia, que foi tratada com “transamin” e injeção de anticoncepcional injetável mensal. Após atenuação do fluxo sanguíneo, foi realizada a videohisteroscopia com biópsia, sendo diagnosticado adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Desse modo, foi encaminhada para histerectomia no HUV, em julho de 2018, a qual foi impedida devido a presença de trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo. Paciente nega demais comorbidades e apresenta histórico familiar favorável ao diagnóstico de trombofilia: pai falecido de Infarto Agudo do Miocárdio aos 40 anos, prima falecida por Tromboembolismo Pulmonar aos 30 anos, e irmã com histórico de dois abortamentos tardios. A fisiopatologia da trombose associada ao câncer é complexa e não totalmente compreendida. Pacientes com câncer têm um

estado protrombótico resultante da atividade sinérgica dos fatores envolvidos na chamada tríade de Virchow: estase do sangue causada pelo repouso no leito ou pela compressão do tumor; lesão vascular causada por intravasamento de células cancerosas, drogas ou dispositivos terapêuticos; e a hipercoagulabilidade sanguínea é devida à liberação de fatores pró-coagulantes de células cancerosas, que afetam o processo de hemostasia, incluindo as funções plaquetárias e a cascata de coagulação. Levitano N et. al, em um estudo retrospectivo, constatou que os pacientes com câncer tiveram risco três vezes maior de TEV recorrente do que os pacientes que tiveram um TEV inicial na ausência de malignidade. A probabilidade de readmissão por TEV recorrente dentro de 183 dias foi de 22% para pacientes com câncer, em comparação com 6,5% para aqueles sem malignidade. Um fato alarmante veio de estudo inglês, no qual, em 79.733 óbitos descritos como secundários à neoplasia, na realidade, em 7.500 a real causa de morte foram eventos de embolia pulmonar fatal que poderiam ter sido evitados. Chew et al. analisaram o efeito do TEV na sobrevida entre pacientes com câncer e descobriram que um diagnóstico de tromboembolismo estava associado à redução das taxas de sobrevivência durante o primeiro ano, independentemente do tipo de câncer estudado. Além do custo humano, o TEV em pacientes com câncer confere uma carga econômica adicional. Dos pacientes com câncer que desenvolveram trombose venosa profunda (TVP), o custo médio de hospitalização em 2002, nos EUA, foi de US \$ 20.065 em comparação com uma média entre US \$ 7712 e US \$ 10.804 para um episódio semelhante na população geral. Portanto, o TEV associada ao câncer é um problema comum que não deve ser subestimado devido à gravidade na evolução do doente. Está ligado a consequências significativas, incluindo associação com morbidade, mortalidade, necessidade de anticoagulação a longo prazo e consumo de recursos de saúde. Ademais, é importante estar atento as queixas do paciente e fazer avaliação clínica completa, analisando o histórico familiar e os fatores de risco favoráveis ao diagnóstico de trombofilia, no intuito de afastar TEV antes de iniciar a terapêutica cirúrgica ou quimioterápica, uma vez que o custo humano e financeiro desta complicação é alto. Não considerar o screening para trombofilia na admissão do doente oncológico pode ser potencialmente fatal, visto que este possui propensão mais elevada a eventos tromboembólicos do que a população geral.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.

Miocardopatias: uma análise epidemiológica e geográfica de procedimentos cirúrgicos no Brasil

Samara Maia Silva¹, Patrick de Abreu Cunha Lopes², Paulo Roberto Hernandez Júnior², Lucineide Martins de Oliveira Maia³

As miocardiopatias são um grupo de doenças que afetam o músculo cardíaco. Entre os tipos estão a miocardiopatia hipertrófica, miocardiopatia dilatada, miocardiopatia restritiva, miocardiopatia arritmogênica do ventrículo direito e miocardiopatia de Takotsubo. A cardiomiopatia hipertrófica afeta cerca de 1 em 500 pessoas e a cardiomiopatia dilatada cerca de 1 em 2500 pessoas. Em 2015 foram responsáveis por 354 000 mortes, um aumento em relação às 294 000 em 1990. A cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito é mais comum entre pessoas mais jovens. Em 2015, a miocardiopatia e a miocardite afetavam 2,5 milhões de pessoas em todo o mundo. O presente estudo teve como objetivo analisar o atual panorama de procedimentos de tratamentos de miocardiopatias realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de tratamentos de miocardiopatias, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – dezembro de 2008 a dezembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos em inglês e português disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed. No período analisado observaram-se 18.525 internações para a realização de procedimentos de tratamentos de miocardiopatias, representando um gasto total de R\$19.665.096,29, sendo 2019 o ano com maior número de internações (1.878) e 2018 o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 2.165.848,42). Do total de procedimentos, 1.441 foram realizados em caráter eletivo, 17.084 em caráter de urgência, tendo sido todos considerados de média complexidade e nenhum de alta complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 8,85, correspondendo a 1.640 óbitos, sendo 2014 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 9,61, enquanto o ano de 2012 apresentou a menor taxa, 8,5. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 6,66 em comparação a 9,04 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 8,1 dias. A região brasileira com maior número de internações

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

foi a Sudeste com 9,04 internações, seguida da região Nordeste com 4.011, Sul com 2.907, Centro-Oeste com 2.466 e, por último, a região Norte com 1.215 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 3.119. A região com maior número de óbitos foi a Sudeste com 691 casos, enquanto a região Norte apresentou o menor número, com 114 óbitos registrados. A região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de mortalidade (9,41), seguida pela região (Norte). Já a região Sul apresentou a menor taxa, com valor de 7,81. Pode-se observar, a partir do presente estudo, que a taxa de mortalidade vem crescendo significativamente em nosso País, com números de óbitos comparáveis à literatura internacional. Além disso, é necessário à notificação correta dos procedimentos, visando aprimorar a análise epidemiológica atual. Esses achados devem ser considerados pelos órgãos pagadores públicos e privados.

1. Discente do Curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de fora-MG, Brasil;

2. Discente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil;

3. Docente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil.

Miocardiomatía periparto: relato de caso

Jaqueline Alves de Assis Silva¹; Rodrigo Caetano Pimentel¹

Os distúrbios cardiovasculares fazem parte dos principais eventos complicadores de uma gestação em todo o mundo, e podem ser atribuídos ao aumento dos fatores de riscos, tais como obesidade, e doenças hipertensivas. Atualmente, até 4% de todas as gestações, são complicadas por doenças cardiovasculares, dentre estas, a miocardiomatía periparto (MCPP), caracterizada por uma disfunção sistólica ventricular esquerda que surge entre o último trimestre da gravidez e o período pós-parto precoce em mulheres previamente hígdas, podendo originar sinais e sintomas típicos de uma insuficiência cardíaca congestiva. A etiopatogenia ainda não foi esclarecida. Há pouco tempo, o fragmento de prolactina anti-angiogênico 16-kDa N-terminal (16KDa-PRL), foi identificado como um fator em potencial de iniciação e condução da MCPP. Sua suposta importância fisiopatológica foi fundamentada pela observação prévia de que o tratamento com o inibidor específico da secreção de prolactina (bromocriptina) apresentou resultados benéficos em alguns ensaios clínicos, sendo assim está sob investigação no tratamento específico da MCPP e tem apresentado desfechos promissores. O diagnóstico é de exclusão, utilizando-se de critérios. A relevância deste relato, não se atribui a sua incidência, visto que é rara, contudo possui consequências devastadoras, com risco de vida para mulheres jovens, comprovando a importância do tema deste conteúdo. O objetivo deste relato é corroborar para seriedade de um reconhecimento precoce da miocardiomatía periparto com a finalidade de introduzir um tratamento efetivo e seguimento eficaz, com a proposta de um excelente prognóstico, a partir da descrição do caso de uma mulher jovem, negra, em sua segunda concepção, sem história prévia de cardiopatía, com antecedentes de HAS gestacional e obesidade, que apresentou quadro de insuficiência cardíaca no pós parto imediato, e que, após afastarem-se outras causas de miocardiomatía aguda, foi reconhecida como portadora de MCPP, que durante quatro anos de seguimento ambulatorial, esteve sob manejo farmacológico, e controle com exames rotineiros, demonstrando uma deterioração da fração de ejeção ventricular, com importante comprometimento da função sistólica, observando-se a falta de resposta adequada às medidas terapêuticas habituais, chegando à um desfecho de fatalidade. A determinação de MCPP inclui 4 critérios: 1) Desenvolvimento de Insuficiência Cardíaca (IC) no último mês de gestação ou até o quinto mês de puerpério; 2) Ausência de causa identificável para a IC; 3) Ausência de cardiopatía conhecida antes do último mês de gestação; e 4) Disfunção



sistólica do ventrículo esquerdo (VE) caracterizada por fração de ejeção (FE) menor que 45. Nosso caso atendeu aos quatro critérios diagnósticos, preconizados para determinar a Miocardiopatia Periparto. Após anamnese descartou-se a possibilidade de outras causas de IC. A sintomatologia apresentada inclui dispneia paroxística noturna, dificuldade respiratória aos esforços, ortopnéia, tosse seca, hemoptise, noctúria, palpitações, dores torácicas e abdominais. Os sinais e sintomas que a paciente apresentou contribuíram para suspeição, com início do quadro momentos após o parto, o que caracteriza a forma mais comum de apresentação. Devido ao fato de que os primeiros sintomas se assemelham as queixas comuns do estresse hemodinâmico durante a gestação, atrasa o diagnóstico, que somente é esclarecido quando a sintomatologia se torna mais explícita. A terapêutica é similar a outras causas de Insuficiência Cardíaca, com objetivo de reduzir a pré e pós carga cardíaca e aumentar o inotropismo. A terapia padrão inclui diuréticos, vasodilatadores, betabloqueadores e se necessário o uso de inotrópicos, todavia deve-se preocupar com possíveis efeitos deletérios destas medicações no feto ou nos lactentes. A bromocriptina em estudos experimentais parece ser uma droga promissora para o uso de MCPP, pois levaria a diminuição da prolactina que tem efeitos angiogênicos e pró-apoptóticos. A mortalidade desta temida disfunção pode ultrapassar 50%, o que caracteriza uma incitação médica esclarecer seus mecanismos fisiopatológicos e um desafio clínico estabelecer o diagnóstico precoce bem como conduzir uma terapêutica pertinente à reversão e recuperação. Apresentamos um caso grave de miocardiopatia periparto, que já demonstrava mal prognóstico na estratificação, que possuiu um desfecho desfavorável, o qual atribuímos a falta de adesão ao tratamento, além de outros fatores. Ressaltamos a relevância do seguimento ambulatorial multidisciplinar, e a motivação para o condicionamento físico, que contribuiu para redução da mortalidade.

1. Discente do Curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de fora-MG, Brasil;
2. Discente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil;
3. Docente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil.

Síndrome de Eagle: relato de caso

Caio Aquilini Gardin¹; Humberto Betti Santana²; Fábio Lopes Telles³

INTRODUÇÃO: Descrita por W.W. Eagle em 1937, a Síndrome de Eagle é caracterizada pelo alongamento e calcificação do ligamento estilo-hióideo em formato cilíndrico e espiculado causando intensa dor, desconforto e prejudicando demasiadamente a qualidade de vida de seus portadores, que possuem limitações no movimento cervical, otalgia, odinofagia e vários outros sintomas. **JUSTIFICATIVA:** A pertinência de relatar este caso deve-se ao fato de apenas 4% da população mundial apresentar a apófise estilóide alongada. Ainda assim, para caracterizar a mesma o paciente deve ser sintomático, o que somente ocorre em 5% destes com a apófise alongada. **OBJETIVO:** constitui diagnóstico raro e que nem sempre está no rol de diagnósticos diferenciais das cervicalgias na prática clínica, constituindo um dos objetivos deste relato. Outro propósito deste relato é conscientizar os profissionais de saúde para que pacientes portadores desta moléstia não sejam rotulados como dissimulados ou encaminhados a serviços de saúde mental para tratar supostas doenças psicossomáticas. **RELATO DE CASO:** Paciente J.E.G, 67 anos, sexo masculino, casado, queixando-se de odinofagia persistente, cervicalgia e otalgia há 05 anos, sendo diagnosticado com Síndrome de Eagle após a palpitação da fossa tonsilar, complementado pela tomografia computadorizada de base de crânio que evidenciou calcificação e alargamento do ligamento estilóideo. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico é clínico-radiológico com o conjunto dos sintomas relatados pelo paciente, a palpitação da apófise estilóide por meio da palpitação da fossa tonsilar que causa ou exacerbou significativamente a dor, tomografia computadorizada de crânio evidenciando o alargamento e a calcificação das apófises. Verma classificou a palpitação da apófise na fossa tonsilar em três graus: sendo a apófise palpada no polo superior da fossa, no centro e no polo inferior, respectivamente. A classificação radiográfica da apófise possui quatro padrões, sendo que o paciente em questão possui a apófise alongada. O tratamento de melhor resposta e resultado é a estiloidectomia seja por via intra-oral ou extra-oral, sendo que a via extra-oral conta com uma ressecção mais ampla da apófise e maior segurança para as estruturas cervicais, porém resulta com cicatriz cervical. Já a via intra-oral é mais rápida e não deixa cicatriz, entretanto não possui a mesma amplitude de ressecção e conta com maior risco de dano a estruturas cervicais adjacentes. Independente da via cirúrgica, após o correto diagnóstico e exérese a vida do paciente tende a ser assintomática com a recuperação da sua qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** A

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
CELAMED - Congresso Estadual de Ligas Acadêmicas

cirurgia é totalmente curativa e causa completa remissão dos sintomas, portanto o diagnóstico correto e o encaminhamento ao tratamento não podem ser retardados.

1. Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Discente do curso de Medicina
2. Médico Otorrinolaringologista da Santa Casa de Paranaíba e do Hospital Unimed de Paranaíba-PR
3. Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Docente do curso de Medicina

Relato de caso: Reincidência de isquemia mesentérica posterior à reconstrução do Trânsito intestinal

Júlio Cesar Zancaneli Junior¹; Priscila Paiva Dos Santos¹; Alex Pereira Ramos¹; Lucineide Martins De Oliveira Maia²

A isquemia mesentérica é um caso de abdome agudo vascular. Uma emergência médica que ocorre pela diminuição do fluxo sanguíneo intestinal que pode ser de origem oclusiva - tromboembólica ou de origem não oclusiva - vasoconstricção, sendo essas as causas principais. A etiologia da isquemia mesentérica pode ser venosa ou arterial, acometendo o intestino delgado, o cólon ou ambos. Ela pode ser classificada como aguda ou crônica de acordo com o grau de evolução. Seu quadro pode ser agravado de acordo com o número de vasos acometidos, devido ao tempo e supressão do suporte sanguíneo, aos níveis de variação da pressão arterial e à presença de circulação colateral. O presente estudo objetiva relatar o caso de um paciente sexo masculino, 64 anos, hipertenso, etilista e tabagista de longa data que apresentou dois episódios distintos de isquemia mesentérica em um intervalo aproximado de um ano. O primeiro episódio ocorreu no dia 09/03/2018. O paciente deu entrada no Pronto socorro (PS) do Hospital Universitário de Vassouras (HUV) com quadro de dor abdominal difusa, de maior intensidade em fossa ilíaca direita, com sinais de irritação peritoneal, associada a constipação e não eliminação gases a cerca de três dias. Foram solicitadas rotina radiológica e laboratorial e encaminhado para avaliação da cirurgia geral, sendo feita uma laparotomia exploratória em que foi diagnosticado a presença de infarto mesentérico sendo realizado enterectomia, ileostomia e fistula mucosa. Após complicação da cirurgia e quadro de evisceração houve a necessidade de reabordagem cirúrgica e estabilização do paciente. Paciente recebeu alta médica e foi acompanhado pelo ambulatório de cirurgia geral do HUV até que foi marcada uma nova cirurgia para o dia 17/03/2019 para reconstrução do trânsito intestinal. O segundo episódio de isquemia mesentérica ocorreu dias após a realização dessa cirurgia, sendo necessário realização de nova laparotomia exploratória com enterectomia, ileostomia e colostomia. Embora a angiografia seja

considerada o exame padrão-ouro para o diagnóstico de isquemia mesentérica aguda, no caso anterior, ela não foi realizada, uma falha importante no tratamento que além de fornecer o diagnóstico poderia também ter estabelecido a etiologia da doença e determinado o local acometido. Nesse sentido, esse estudo tem como finalidade descrever alguns cuidados no manejo da doença e na investigação dos casos de infarto mesentérico, ressaltando a importância da suspeição clínica e dos exames de imagem. Embora os exames laboratoriais e radiológicos sejam inespecíficos, a angiografia é o exame padrão-ouro, capaz de evidenciar as alterações no suprimento vascular do trato gastrointestinal. O tratamento inclui cuidados de suporte, oxigênio suplementar e hidratação adequada para o paciente. Além disso, a administração de antibióticos de amplo espectro deve ser iniciada, bem como a analgesia e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos. O diagnóstico precoce possibilita o adequado tratamento, evitando-se sua progressão e complicações graves. Os dados do relato foram extraídos através do prontuário e de entrevistas com o paciente, após autorização do HUV e TCLE assinado.

1. Discente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

2. Docente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.

Pré-eclâmpsia em período puerperal: relato de caso

Taynara Antunes de Carvalho¹; Camila Baião Mariano; Maria Cristina Almeida de Souza²

A pré-eclâmpsia (PE), uma complicação frequente da gravidez, é uma das principais causas maternas de morbimortalidade perinatal. A PE é constatada pelo surgimento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) após a 20ª semana de gestação—caracterizada pelo aumento do nível pressórico: sistólico > 140mmHg e/ou diastólico > 90mmHg em gestante previamente não hipertensa - e proteinúria em 24 horas > 3g/dia ou +, verificado por meio de exame de urina. Em alguns casos, há evolução para eclâmpsia (EC), desordem hipertensiva obstétrica, caracterizada por convulsões tônico-clônico generalizadas não associadas à doença epiléptica ou a outras doenças que precipitem a manifestação. Apesar de apresentarem maior prevalência no período gestacional, o aparecimento dessas intercorrências em período pós-parto e puerperal não deve ser negligenciado tendo em vista a sua importância clínica. A PE é subdividida em variantes precoces (<34 semanas de gestação) e tardias, manifestações que surgem entre 48 horas e quatro semanas após o parto. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de PE tardia, descrevendo as manifestações sistêmicas. Paciente, feminino, 37 anos, deu entrada no setor de emergência do Hospital Municipal Luiz Gonzaga (HMLG) no município de Miguel Pereira/RJ, devido a um quadro de Dispneia Franca (saturação de O₂ em ar ambiente: 78%) associada à Edema Agudo de Pulmão (EAP). Apresentava grau de cianose (1+/4), evidente esforço respiratório com visualização de tiragem subcostal e pressão arterial 220/110mmHg. Após atendimento emergencial, identificou-se a paciente como sendo puérpera (parto cesariana realizado 14 dias anteriores à internação. Idade gestacional 38 semanas e 2 dias). O agravamento do quadro clínico demandou a transferência da paciente para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário de Vassouras (HUV), onde foi instituída conduta para casos de PE Grave e Síndrome HELLP (Hemolysis, ElevatedLiverEnzymes, LowPlateletCount). Foi mantido o uso de nitroprussiato de sódio 5mg/kg/min e como prevenção à possíveis convulsões recorrentes, foi prescrito sulfato de magnésio, no

esquema de Zuspan como profilaxia à eclampsia. Realizados exames laboratoriais, hepatograma e coagulograma, cujos resultados não evidenciaram alterações de transaminases, mostraram normalidades das taxas. O resultado do teste de proteinúria por urina de 24 horas (resultado: valor 316,8 mg/24h) foi superior ao valor limite de 300mg/24h, evidenciando uma alteração importante para o diagnóstico, uma vez que, juntamente com o tempo de apresentação do quadro e a presença de HAS não-crônica (acima de 140/90mmHg), permitiu a confirmação da hipótese diagnóstica de PE tardia. Tendo em vista sinais clínicos e laboratoriais de melhora, recebendo terapêutica adequada e conservadora para portadores de PE puerperal, a paciente recebeu alta hospitalar após dois dias na UTI e cinco dias de internação na enfermaria de ginecologia e obstetrícia, iniciando seguimento ambulatorial. Não há informações precisas sobre a incidência de PE em todo o mundo, mas estima-se que ocorra em 3-5% de todas as gravidezes. No caso descrito, o quadro de EAP hipertensivo ocorreu 15 dias após a realização de uma cesariana por indicação obstétrica, estando então em período puerperal tardio. Durante o evento do EAP, a paciente não apresentou outras intercorrências, descartando a possibilidade de uma eclampsia tardia no momento do diagnóstico pela ausência de episódio convulsivo. Diante da elevação pressórica e da franca dispneia, considerou-se a possibilidade de ocorrência da síndrome HELLP, entretanto, a paciente possuía valores de transaminases hepáticas dentro dos padrões de normalidade, bem como os níveis de plaquetas plasmáticas, descartando essa hipótese. O teste de proteinúria por urina de 24 horas confirmou a hipótese diagnóstica de PE. O caso de PE tardia apresentou resultado de um descompasso entre a oferta de nutrientes pela mãe e as demandas metabólicas do feto após a 34ª semana da gestação. A EC é ainda um episódio comumente identificado no período pós-parto por apresentar sinal clínico evidente e que geralmente motiva a procura pelo atendimento médico imediato. A PE, por sua vez, tem etiologia silenciosa no puerpério por não ocasionar uma sintomatologia exuberante, salvo alguns casos que cursam como complicação da HAS, como foi a apresentação do edema agudo de pulmão da paciente do caso aqui informado. Entretanto, tendo a mesma apresentado valores de exames laboratoriais normais, como hemograma, plaquetas e hepatograma – bem como normalidade de outros exames e ausência de outros sinais (crise convulsiva, eletrocardiograma normal, raios-X de tórax sem aumento de área cardíaca) o diagnóstico se deu como fator de exclusão. Após a constatação de pressão arterial sistêmica elevada e pesquisa de proteinúria, a hipótese diagnóstica de PE tardia foi levantada, tendo sido ratificada após a paciente responder bem à terapêutica executada.

1. Discentes do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras – RJ, Brasil

2. Docente do Curso de Medicina e do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, Vassouras – RJ, Brasil.

Diagnóstico tardio de mieloma múltiplo com seqüela de insuficiência renal: relato de caso

Bruna Maria Trindade Magalhães¹; Tiago de Oliveira Boechat¹; Lorena Tilli Mendes¹; Camila Baião Mariano¹; Julia Almeida do Nascimento¹; Laura Castro Vieira Melo¹;

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna da linhagem B, que se caracteriza pela proliferação excessiva e descontrolada de imunoglobulinas anômalas monoclonais na medula óssea. Representa 10% de todas as malignidades hematológicas, sendo a segunda neoplasia hematológica mais frequente. As principais manifestações clínicas da doença são dor óssea, anemia, insuficiência renal, hipercalcemia e fadiga. É uma doença insidiosa, que vem aumentando a incidência com o aumento da expectativa de vida, tornando-se necessário o conhecimento das alterações clínicas e laboratoriais da patologia por parte da classe médica, afim de se suspeitar do diagnóstico MM mesmo diante de alterações inespecíficas. O objetivo do estudo é destacar a necessidade do diagnóstico precoce no MM enfatizando o impacto que o diagnóstico tardio exerce na qualidade de vida e sobrevida de pacientes com MM quando estes permanecem com sequelas graves, como a insuficiência renal crônica. Paciente do gênero feminino, branca, 61 anos deu entrada no serviço de emergência do Hospital Ibiapaba, em Barbacena Minas Gerais, no dia 27/03/2016 com quadro de vômitos, edema periorbitário bilateral, edemas em membros inferiores, prurido generalizado e anúria. Exames físicos e laboratoriais realizados no pronto atendimento constataram anemia acentuada e síndrome urêmica. Sendo assim, a paciente foi transferida para internação e investigação diagnóstica do quadro de insuficiência renal, sendo iniciado hemodiálise para estabilização dos sintomas e parâmetros laboratoriais. Durante a investigação diagnóstica paciente relatou que em fevereiro de 2016 fraturou cinco costelas após trauma de baixo impacto, sendo submetida a tratamento conservador com uso intermitente de



sintomáticos e anti-inflamatórios não esteroidal (AINES) regular por um mês, até o início do quadro atual. Paciente continuou realizando hemodiálise três vezes por semana, sem resposta da função renal, com dores ósseas que se intensificaram difusamente e adinamia, porém não havia recebido esclarecimentos em relação à etiologia de tais sintomas. Mesmo diante de todas as alterações clínicas e laboratoriais, o diagnóstico de Mieloma Múltiplo só foi suspeitado três meses após o início do quadro renal, quando a paciente foi referenciada ao Nefrologista na cidade de Juiz de Fora, que iniciou a investigação de tal patologia. Os resultados dos exames realizados foram compatíveis com o diagnóstico de MM de cadeia leve lambda e em junho de 2016 foi instituído tratamento quimioterápico e transplante autólogo de medula óssea com remissão completa da doença, porém a seqüela da lesão renal foi permanente, sendo realizado hemodiálise três vezes na semana e atualmente encontra-se na fila de transplante renal. Na evolução da patologia, a insuficiência renal pode ocorrer em 20 a 40% dos pacientes, causada pela deposição de cadeia leve nos túbulos renais pela doença mielomatosa. O MM de cadeia leve, que é o tipo apresentado pela paciente relatada, além de ser o tipo que mais interfere na função renal, ainda causa danos renais precoces. Fatores como uso de AINES, hipertensão arterial e uso de diuréticos, contribuem para disfunção renal. No relato em questão, ocorreu uma piora da função renal da paciente que primariamente foi afetado pelo próprio MM e agravada pelo uso regular de AINES para tratamento de fraturas patológicas. Sabe-se que a disfunção renal é uma emergência e deve ter seu diagnóstico concluído rapidamente, podendo ser parcialmente reversível, caso a terapêutica antimieloma seja instituída precocemente. Portanto, é de suma importância que os médicos e profissionais da área da saúde investiguem a possibilidade de MM quando estiverem diante de um paciente com síndrome anêmica, dor óssea e insuficiência renal, já que o diagnóstico precoce permite que a terapêutica instituída aumente a sobrevida e evite seqüelas permanentes nos pacientes.

1. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

Aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos de uma paciente com gangrena de fournier: relato de caso.

Camila Baião Mariano¹; Juliana de Castro Honorato¹; Taynara Antunes de Carvalho¹; Bruna Maria Trindade Magalhães¹; Aline Trovão Queiroz¹

A Gangrena de Fournier (GF) é uma fascíte necrosante que, apesar de rara, pode ser fatal. Pode acometer a genitália externa, o períneo e as regiões perianais, sendo geralmente causada por uma infecção polimicrobiana^{1,2,3,4}. É uma condição relativamente rara, com incidência de 1,6 casos a cada 100.000 pessoas^{4,5,6}. A taxa de mortalidade mundial é alta, e varia de estudo para estudo e região para região, com uma mortalidade média de 20-30%¹. Este artigo trata-se de relato de caso realizado no Hospital Santa Isabel (Ubá-MG), no período de janeiro a julho de 2017, sendo o sujeito descrito uma paciente do sexo feminino, 45 anos, obesa grau 2, diagnosticada com Gangrena de Fournier. Objetivou-se avaliar os aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos da paciente comparando-os aos dados da literatura. IBRM, 45 anos, sexo feminino, casada, branca, moradora de Ubá-MG, obesa grau 2 e sem demais comorbidades, previamente hígida, iniciou em 28 de dezembro de 2016, quadro de rubor, calor e edema em região posterior da nádega direita que evoluiu para erisipela bolhosa com área de necrose e secreção fétida em poucos dias, momento no qual procurou auxílio médico. Em 04 de janeiro de 2017 foi internada no Hospital Santa Isabel de Ubá-MG, com o diagnóstico de GF na região posterior da nádega direita. Foram realizadas manobras para estabilização hemodinâmica da paciente, analgesia e a



administração dos seguintes antimicrobianos por via endovenosa: Ceftriaxona 2g uma vez ao dia, Metronidazol 500 mg de 8 em 8 horas e Oxacilina 500 mg de 4 em 4 horas por 15 dias, além de limpeza e cuidados gerais com a lesão, utilizando pomadas de Colagenase e Sulfadiazina de Prata. Em 05 de janeiro, foi encaminhada para o centro cirúrgico para a realização de drenagem com ressecção ampla e profunda de todo tecido necrosado, realizou-se coleta de secreção da lesão para análise microbiológica, em que foi identificada *Escherichia coli*. Em 18 de janeiro de 2017, a paciente recebeu alta hospitalar, a cicatriz cirúrgica em nádega direita encontrava-se em bom aspecto, processo cicatricial normal e com boa evolução. Foi substituído o esquema tríplice de antibioticoterapia pela monoterapia oral à base de Ciprofloxacino 500 mg de 12/12 horas por mais 14 dias, e orientado a realização de curativos domiciliares diários com Colagenase. No vigésimo segundo dia de pós-operatório, foi observado que a integridade tissular estava prejudicada devido à circulação alterada da paciente, que é obesa, ocasionando um lento processo de cicatrização da lesão. Deu-se continuidade à realização do curativo através da limpeza local com Solução Salina 0,9% e aplicada cobertura de Carvão Ativado com Prata por 48 horas, posteriormente a cobertura foi substituída por Placa de Alginato de Cálcio e Sódio e base de Hidrogel durante mais 12 dias, e posteriormente aplicada Ácido Graxo Essencial. O último contato com a paciente ocorreu após 6 meses da primeira consulta, a paciente encontrava-se em ótimo estado clínico e a ferida cicatrizada. A paciente, 45 anos, é mais jovem se comparada à idade média de estudos na Europa e na América do Norte, onde a média varia de 55,8 a 63,5 anos¹. Diabetes mellitus tem sido descrito como o fator de risco mais comum ao desenvolvimento da gangrena de Fournier^{1-3,6-10}, o que diferencia do relato proposto, visto que o único fator de risco para GF presente foi a obesidade. Em estudo realizado recentemente no Brasil, o tempo médio de internação foi de 21,7 dias, tempo superior à da paciente, o tempo prolongado de hospitalização se associa a índices maiores de mortalidade e de complicações^{11,12}. O microrganismo identificado na coleta de secreção da lesão foi a *Escherichia coli*, que é uma bactéria Gram negativa, descrita como o germe mais predominante neste tipo de infecção^{10,11}. A clínica pode ser caracterizada por dor anorretal ou genital adicionada a uma evidência variável de necrose cutânea que pode ser desde lesão mínima à lesão de rápida extensão de necrose⁵. Os sinais e sintomas relatados pela paciente logo na primeira consulta coincidem com os relatados pela literatura. Avaliando a terapêutica proposta, podemos salientar que os pilares básicos para o tratamento desta patologia são: desbridamento amplo de tecidos necróticos e infectados, antibioticoterapia de amplo espectro e reparo de tecidos afetados^{5,13}. Além do citado, o tratamento da GF nesta paciente, abrangeu curativos diversos que foram cruciais para a boa cicatrização da lesão nesta paciente, auxiliando na diminuição do tecido necrótico e no processo de restauração da pele¹⁴. Sendo assim, o tratamento realizado na paciente foi, além de eficaz, compatível com a literatura. Concluiu-se que o manejo realizado na paciente foi adequado e que o conhecimento médico para definir o diagnóstico e tratamento imediato é de suma importância para uma boa evolução e restauração do paciente.

1. Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Vassouras- RJ, Brasil.

Mielite transversa e seus cuidados anestésicos: relato de caso

Laíse N. Zamai¹, Ana C. Z. Filippi².

Mielite transversa (MT), uma rara doença do sistema nervoso central e acomete 1 a 8 casos por 1.000.000 de pessoas, é caracterizada como um distúrbio inflamatório e desmielinizante que afeta a medula espinhal causando hipoestesia e fraqueza muscular bilateralmente. Pacientes que possuem MT, assim como qualquer outro paciente, podem necessitar de uma cirurgia ao decorrer da vida. A busca pela melhor abordagem anestésica pode ser benéfica a esses pacientes devido a complicações possíveis em alguns métodos, trazendo um olhar mais cuidadoso para fins de uma abordagem mais segura. O uso indiscriminado de anestésicos no mesmo sítio de ação da doença pode, além de causar uma injúria direta nas fibras, levar a uma neurotoxicidade, alterando a evolução da doença e o quadro clínico do paciente. Neste trabalho, objetiva-se mostrar a importância dos cuidados anestésicos que se deve ter na abordagem desses pacientes portadores de MT. Paciente J.S.P.F, sexo feminino, 34 anos portadora de mielite transversa diagnosticada há 2 anos, em tratamento, apresentando um quadro de metrorragia tendo como diagnóstico miomatose uterina. Foi programada uma miomectomia e a anestesia de escolha foi anestesia geral mista de infusão contínua e optou-se pela não utilização de bloqueadores neuromusculares, após parecer da neurologia. Há escassez de informação sobre a escolha de técnicas anestésicas e do efeito da anestesia na progressão da doença é desconhecido. Optou-se por anestesia geral no intuito de evitar a abordagem no neuroeixo, buscando não causar nova agressão à medula espinhal através da introdução de anestésicos locais e opioides. Também foi levantada questão sobre a real funcionalidade do bloqueio local, sendo indagado se esse

tipo de bloqueio teria funcionalidade ou seria passível de falhas. A intenção ao optar não fazer uso dos BNM foi evitar hipercalemia e um possível prolongamento do tempo de recuperação do paciente pela incerteza do comportamento desse tipo de bloqueio em pacientes com MT. O uso de anestesia geral venosa mista foi considerado eficiente, a paciente não teve sintomas como parestesia ou dor em membros inferiores durante a internação e o tempo de recuperação pós ato anestésico foi satisfatório. A MT é uma doença incapacitante cuja busca por uma melhora clínica pode ser longa, desgastante e de prognóstico incerto. Qualquer paciente com MT está susceptível à necessidade de submeter-se a algum tipo de intervenção cirúrgica durante a vida e, conseqüentemente, a alguma indução anestésica. Tanto o tipo de anestésico quanto a técnica anestésica podem ser extremamente impactantes na evolução ou reativação da doença.

1.2. Pró-Reitoria de Ciências da Saúde, Universidade de Vassouras, Vassouras – RJ
2. Anestesiologista do Hospital Universitário de Vassouras, Vassouras – RJ.

Comparação entre métodos minimamente invasivos: videolaparoscopia e cirurgia robótica

Bruno Augusto Lopes¹; Victória Domingos Alves Rocha¹; Gerson Luiz de Macedo²

Introdução: A cirurgia aberta vem perdendo espaço para a videolaparoscópica desde 1990, principalmente com a constante evolução das técnicas e materiais. Apresenta em suas principais vantagens o caráter minimamente invasivo, com menores cicatrizações, e conseqüentemente menores complicações pós-operatórias e tempo de permanência no hospital.

A cirurgia robótica teve seu início próximo dos anos 2000, e está se encaminhando para revolucionar a cirurgia moderna, por ter todos os benefícios da cirurgia videolaparoscópica (minimamente invasiva), com a estabilidade da imagem (muitas delas em três dimensões), facilidade para o manuseio dos equipamentos em campos mais restritos, precisão nos atos operatórios e redução da equipe necessária para a cirurgia.

A plataforma DaVinciSurgical System é o modelo mais usado e estudado no momento nessa área, por possuir uma torre com quatro braços robóticos, sendo um deles uma câmera 3D de alta resolução, restando outros três para manusear todo tipo de instrumentos, e de todos os tempos cirúrgicos, como pinças de apreensão, tesouras, porta-agulhas, aplicadores de clips, e assim realizar a cirurgia. Em seu início teve seu foco em cirurgias relacionadas ao trato urinário, tendo as cirurgias de próstata as que mais obtiveram resultados significativos na época. Com os estudos e melhorias tecnológicas, já são feitas diversas cirurgias, como operações de esôfago, ressecções baixas de reto, cirurgias para endometriose, histerectomias ampliadas, e certa facilidade nas cirurgias em grandes obesos.

O objetivo desse estudo é apresentar atualmente as vantagens e desvantagens da cirurgia robótica, apontando as principais falhas e consequentemente destinando os focos de estudos futuros.

Material e Métodos: A presente revisão bibliográfica foi elaborada a partir de uma pesquisa de estudos publicados nos seguintes periódicos: PubMed, ScieLO, LILACS, além de sites de órgãos oficiais como a Organização Mundial de Saúde (OMS). No total, foram utilizados 23 artigos selecionados no período de 2016 até 2019.

Discussão e Conclusão: Tanto a cirurgia robótica como a videolaparoscópica apresentam diversas vantagens sobre a laparotômica, porque ambas mantêm os aspectos positivos de uma cirurgia minimamente invasiva, sendo que a primeira ainda se sobressai, em relação à ergonomia, imagem de alta resolução em 3D e controle do campo operatório, garantindo maior liberdade de movimento ao cirurgião, estando apto para tarefas mais delicadas e arriscadas. A técnica robótica ainda está em evolução, mas já existem diversas tecnologias de estabilização de imagem e redução de tremores, permitindo tarefas mais arriscadas.

Nenhum estudo abrangeu muitos tipos de cirurgia, somente apontando sua visão para cada tipo de caso estudado, comparando a cirurgia robótica com a videolaparoscópica, nos quesitos de qualidade de cirurgia, tempo de recuperação/alta hospitalar, e complicações pós-operatórias, havendo ainda muita divergência entre equiparidade ou superioridade da robótica em relação à videolaparoscópica. Serviços de cirurgia colorretais, cirurgias bariátricas com Y de Roux, e cirurgias gerais em pacientes obesos mórbidos afirmam que a cirurgia robótica é superior em todos os quesitos comparados. Já os estudos de histerectomias radicais e herniorrafias diversas afirmam ser semelhante ao resultado videolaparoscópico. Outros estudos com esofagectomia, ressecção de tumores de orofaringe e cirurgias ginecológicas diversas, afirmam ser semelhantes em alguns aspectos e superiores em outros. Todos os estudos concordam que a tecnologia precisa ser mais explorada e estudada.

1. Discente da Universidade de Vassouras
2. Docente da Universidade de Vassouras

Mortalidade por acidentes de trânsito: uma análise comparativa entre o Brasil e o estado do Rio de Janeiro

Patrick de Abreu Cunha Lopes¹; Pedro Miguel Calife da Luz¹; Laura Marques Barros¹; Carolina Rocha de Almeida¹; Romero Tadeu Rodrigues Batalha²

Estudos mostram que acidentes de trânsito (AT) são uma das maiores causas de mortalidade no mundo. Mesmo nos países desenvolvidos onde existem medidas mais bem executadas para um melhor controle e redução das taxas de ATs, é sabido que os índices permanecem significativamente altos. No Brasil a realidade não é diferente. Pesquisas apontam que 1 a cada 410 carros é vítima de um AT no país e só no estado do Rio de Janeiro, em 1990, os ATs já foram responsáveis por 7.6% das mortes precoces e, em São Paulo, cerca de 5.5% dos pacientes atendidos no Hospital das Clínicas com alguma deficiência física foram vítimas de ATs. O presente estudo teve como objetivo analisar comparativamente a mortalidade por acidentes de trânsito entre o Brasil e o Estado do Rio de Janeiro durante 11 anos e correlacionar as modalidades de transporte com os resultados obtidos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de acidentes de trânsito, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de 11 anos – janeiro de 2008 a dezembro de 2018 – avaliando número de internações, número de óbitos, regime de internação e modalidade de acidente terrestre: motocicleta, automóvel, pedestre, ciclista, veículo pesado, ônibus, caminhonete, triciclo motorizado e outros acidentes de transporte terrestre. Revisou-se ainda artigos em inglês e português disponíveis nas plataformas Scielo, Lilacs e PubMed. No período analisado

observaram-se 1.324.166 internações por acidentes de trânsito no Brasil, sendo que as internações por regime público (893.604) contabilizaram o dobro das internações se comparado ao regime privado (430.562). Entre o total de internações no Brasil o número de óbitos foi de 41.794. Sendo que, o número de óbito no regime público (30.365) foi aproximadamente o triplo do número de óbito se comparado ao regime privado (11.429). Ao analisar o quantitativo dos óbitos e a modalidade do acidente, encontra-se que o maior número de óbito em acidentes de trânsito foi causado por acidente com motociclista contabilizando 113.747 óbitos, seguido por acidentes com automóvel resultando em 90.662 óbitos, seguido por outros acidentes de transporte terrestre resultando em 89.677 óbitos, seguido por acidentes com pedestre traumatizado resultando em 82.188 óbitos, seguido por acidentes com ciclista resultando em 14.252 óbitos, seguido por acidentes com veículo pesado resultando em 7.968 óbitos, seguido por acidentes com caminhonete resultando em 3.282 óbitos, seguido por acidentes com ônibus resultando em 1.896 óbitos, e com menor número de óbito acidentes com triciclo motorizado contabilizando 524 óbitos. O Estado do Rio de Janeiro teve 100.683 internações. Entre o total de internações no Estado, o número de óbitos por acidentes de trânsito foi de 26.037. Sendo que o maior número de óbito em acidentes de trânsito foi causado por acidente com pedestre contabilizando 8.956 óbitos, seguido por acidentes com motocicleta resultando em 5.037 óbitos, seguido por acidentes por automóvel resultando em 3.924 óbitos, seguido por acidentes com ciclista traumatizado resultando em 930 óbitos, seguido por acidentes com veículo pesado resultando em 442 óbitos, seguido por acidentes com ônibus resultando em 179 óbitos, seguido por acidentes com caminhonete resultando em 93 óbitos, e com menor número de óbitos, acidentes com triciclo motorizado resultando em 17 óbitos. Pode-se observar, a partir do presente estudo, que o Estado do Rio de Janeiro detém número de internações e óbitos expressivos em análise comparativa ao panorama brasileiro de acidentes de trânsito terrestres. Além disso, é válido salientar que o sistema público de saúde, mesmo com o dobro de internações, tem o triplo de óbitos se comparado ao regime privado de saúde. Traumatizados por motocicleta, pedestre e automóveis constituem as maiores causas de acidentes de trânsito terrestres. Por fim, torna-se necessário a notificação correta dos procedimentos, pelo Grupo CID10: V01-V99 Acidentes de transporte, devido à ausência de determinadas informações, visando aprimorar a análise epidemiológica atual.

1. Discentes do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil;
2. Docente do Curso de Medicina Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil.