

PUBLICAÇÃO OFICIAL DO NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA DO
HOSPITAL SANTA CRUZ E PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO
DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA DA UNISC

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN 2238-3360 | Ano VIII - Volume 8 - Suplemento 2 - 2018

EDIÇÃO ESPECIAL:

Linha
da Vida

XIII
SEMANA ACADÊMICA
DO CURSO DE MEDICINA



Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



Editora geral:

- Lia Gonçalves Possuelo
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editora executiva:

- Andréia Rosane Moura Valim,
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editores Associados:

- Marcelo Carneiro
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

- Luciana de Souza Nunes
*Universidade Federal do Pampa,
Uruguaiana, RS, Brasil.*

- Nathalia Halax Orfão
*Fundação Universidade Federal de
Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.*

Produção Editorial

Secretaria Executiva:

- Isabela Zarpellon
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

- Bruna Toillier
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

- Janete Aparecida Alves Machado
*Hospital Santa Cruz,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Tradução e Revisão de Texto (inglês)

- Sonia Maria Strong
(colaboradora)

- Revisão de Texto (espanhol):
• Prioridade Excelência em Tradução

Diagramação:

- Álvaro Ivan Heming
(colaborador)

Normalização bibliográfica:

- Fabiana Lorenzon Prates
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editoração eletrônica:

- Jorge Luiz Schmidt
Editora da Unisc, EDUNISC.

Conselho Editorial:

- Alberto Novaes Ramos Junior
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Alvaro Antonio Bandeira Ferraz
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Andréa Lúcia Gonçalves da Silva
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
- Andreza Francisco Martins
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Antonio Ruffino Netto
Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Bruno Pereira Nunes
Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
- Claudia Maria Antunes Uchôa Souto Maior
Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
- Clodoaldo Antônio De Sá
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, SC, Brasil.
- Daphne Rattner
Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Diego Rodrigues Falci
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Eliane Carlosso Krummenauer
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
- Gisela Unis
Hospital Sanatório Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Guilherme Augusto Armond
Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas, MG, Brasil.
- Heloisa Helena Karnas Hoefel
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Ida Maria Foschiani Dias Baptista
Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP, Brasil.
- Irene Clemes Kulkamp Guerreiro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Ivy Bastos Ramis
Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.
- Julio Henrique Rosa Croda
Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil.
- Lessandra Michelim
Universidade de Caxias do Sul, Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil.
- Magno Conceição das Mercês
Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- Marcia Regina Eches Perugini
Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
- Mariana Soares Valença
Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
- Nadia Mora Kuplich
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Pedro Eduardo Almeida Silva
Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.
- Rita Catalina Caregnato
Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Suely Mitoi Ykko Ueda
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Suzane Beatriz Frantz Krug
Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
- Suzanne Frances Bradley
University of Michigan Geriatrics Center, Ann Arbor, MI, Estados Unidos da América.
- Thiago Prado Nascimento
Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Valéria Saraceni
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



R454 Revista de epidemiologia e controle de infecção [recurso eletrônico] / Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde. Vol. 8, Suplemento 2 (2018) - Santa Cruz do Sul : EDUNISC, 2018.

Dados eletrônicos.

Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.unisc.br/edunisc>>

Trimestral

eISSN 2238-3360

Temas: 1. Epidemiologia - Periódicos. 2. Microbiologia - Periódicos.

3. Doenças transmissíveis - Periódicos.

I. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz. II. Título.

CDD: 614.405

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



SUMÁRIO

EDITORIAL7

Categoria: Área Cirúrgica
Modalidade: Trabalho Original

PERFIL DE TAMANHO E LOCALIZAÇÃO DE CÁLCULOS URETERAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS À URETEROLITOTRIPSIA SEMI-RÍGIDA9

RESULTADO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA DE LONGO PRAZO EM HOMENS SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA RADICAL: EXPERIÊNCIA SE UM SERVIÇO DE SANTA CRUZ DO SUL9

Categoria: Área Clínica
Modalidade: Trabalho Original

ANÁLISE DAS ETIOLOGIAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL11

AVALIAÇÃO DA MELHORA CLÍNICA APÓS A PRIMEIRA TENTATIVA TERAPÊUTICA PARA INFECÇÃO POR *HELICOBACTER PYLORI*11

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DO RISCO DE FIBROSE PELA CORRELAÇÃO APRI E NAFLDScore EM PACIENTES COM ESTEATOSE HEPÁTICA12

CONVERSANDO SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ESCOLA13

CORRELAÇÃO DAS TAXAS DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE INFANTIL POR SÍFILIS CONGÊNITA NAS REGIÕES BRASILEIRAS14

DESENVOLVIMENTO DE DISPOSITIVO WEARABLE APLICADO A SAÚDE15

EFEITO DA HIPÓXIA INTERMITENTE SOBRE O SISTEMA RESPIRATÓRIO DE CAMUNDONGOS SUBMETIDOS A UM MODELO EXPERIMENTAL DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO.....15

INFLUÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO COMPRIMENTO DOS TELÔMEROS DE LEUCÓCITOS, PESO AO NASCER E PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS EM ESCOLARES16

OS CINCO MOMENTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: “UMA ASSISTÊNCIA LIMPA É UMA ASSISTÊNCIA SEGURA”17

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TESTE DA ORELHINHA EM SANTA CRUZ DO SUL18

PREVALÊNCIA DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM USUÁRIOS DE IBPS EM UM AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA19

PREVALÊNCIA DE PRÉ-ECLÂMPسيا/ECLÂMPسيا RELACIONADA À OBESIDADE NA GESTAÇÃO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DE SANTA CRUZ DO SUL19

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E DE OBESIDADE EM GESTANTES: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DE SANTA CRUZ DO SUL20

PREVALÊNCIA E PERFIL DOS USUÁRIOS DE INIBIDORES DA BOMBA DE PRÓTONS EM UM AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL21

TEMPO DE TELA EM ASSOCIAÇÃO AO RISCO DE OBESIDADE EM CRIANÇAS22

TUBERCULOSE EM MENORES DE UM ANO: UM RETRATO EPIDEMIOLÓGICO DA SITUAÇÃO NO BRASIL22

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR E ASSOCIAÇÃO COM HIV NO RIO GRANDE DO SUL E NO BRASIL: OS DESFECHOS NOS ÚLTIMOS DEZESSEIS ANOS23

UROLITÍASE: UMA ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO24

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



SUMÁRIO

Categoria: Relato de Caso

A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADE SEMIOLÓGICAS25

A INFLUÊNCIA DO EXAME FÍSICO NO DIAGNÓSTICO: UM RELATO DE CASO DE HÉRNIA FEMORAL ESTRAN- GULADA26

ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA26

ANEMIA FALCIFORME: CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA HEREDITÁRIA DE MAIOR PREVALÊNCIA NO BRASIL27

APENDICITE AGUDA EM PACIENTE ANTICOAGULADO: UM RELATO DE CASO28

CARCINOMA DE NASOFARINGE ASSOCIADO À MENINGOCELE: RELATO DE CASO29

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO E A RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL29

CISTOADENOMA BILIAR DE FÍGADO: RELATO DE CASO30

CISTOADENOMA MUCINOSO DE OVÁRIO GIGANTE: RELATO DE CASO31

CORRELAÇÃO DO ASPECTS E BOM PROGNÓSTICO EM PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO31

DETERIORAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA POR PIODERMA GANGRENOSO: UM RELATO DE CASO32

DIAGNÓSTICO TARDIO DE SÍFILIS CONGÊNITA: RELATO DE CASO33

DISSEMINAÇÃO PARIETAL DE CARCINOMA HEPATO- CELULAR APÓS BIÓPSIA LAPAROSCÓPICA34

DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG: RELATO DE UM CASO EM QUE A CLÍNICA FOI SOBERANA35

ELETROCAUTERIZAÇÃO COMO TRATAMENTO PARA O RINOFIMA: UM RELATO DE CASO35

EMBOLIA PARADOXAL: UM RELATO DE CASO36

GLOMERULOSE FOCAL E SEGMENTAR VARIANTE TIP37

HEMATÚRIA COMO SINAL PARA O DIAGNÓSTICO DE LITÍASE VESICAL: RELATO DE CASO38

HEMORRAGIA EM OBSTETRÍCIA – UM RELATO SOBRE RUPTURA UTERINA38

HÉRNIA DE LITTRÉ COM ENCARCERAMENTO EM HÉR- NIA PARAUMBILICAL: RELATO DE CASO39

INVESTIGAÇÃO DE LESÃO ÓSSEA CRANIANA: RELATO DE CASO40

ISQUEMIA MESENTÉRICA41

LEIOMIOSSARCOMA DE VEIA CAVA INFERIOR RECIDIVANTE: RELATO DE CASO41

LENTIGO MALIGNO: UM RELATO DE CASO42

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO BOLHOSO: RELATO DE CASO43

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA DE PAVILHÃO AURICU- LAR E CONDUTO AUDITIVO EXTERNO EM PACIENTE IDOSA44

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



SUMÁRIO

MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DECORRENTES DE UMA REATIVAÇÃO DO VÍRUS HERPES ZOSTER	44
MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA SÍNDROME DE DIGEORGE	45
MELANOMA EM VULVA: RELATO DE CASO DE RARO TIPO DE MELANOMA	46
MELANOMA MUCOSO RETAL: UM RELATO DE CASO	47
MENINGITE POR PNEUMOCOCO: DA PERDA AUDITIVA BILATERAL PROFUNDA À REABILITAÇÃO COM IMPLANTE COCLEAR	47
MIOCARDIOPATIA ARRÍTMICA ASSOCIADA À EXTRASSÍSTOLE VENTRICULAR EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO	48
MOLA HIDATIFORME: A CARACTERIZAÇÃO DA FORMA MAIS FREQUENTE DE DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	49
MUCINOSE FOLICULAR PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO	50
NEFRITE INTERSTICIAL ASSOCIADA A ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL: UM RELATO DE CASO	51
NEFROPATIA POR IGA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA: UM RELATO DE CASO	51
OBSTRUÇÃO INTESTINAL DECORRENTE DE VOLVO DE CECO	52
OTITE MÉDIA SUPURATIVA COMPLICADA EM ADULTO JOVEM: UM RELATO DE CASO	53
PÂNCREAS ANULAR: RELATO DE CASO	54
PAPILOMA INVERTIDO: UM RELATO DE CASO	54
PARANEOPLASIA CUTÂNEA DE ORIGEM INTESTINAL: UM RELATO DE CASO	55
PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA REFRA-TÁRIA AO TRATAMENTO CLÍNICO	56
RELATO DE CASO: APENDICITE CRÔNICA	57
RELATO DE CASO: IMPLANTAÇÃO ECTÓPICA DO URETER EM LOJA PROSTÁTICA	57
RELATO DE VERTIGEM DE ORIGEM CENTRAL POR ISQUEMIA CEREBELAR	58
SARCOMA DE PARTES MOLES E UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA: UM RELATO DE CASO	59
SÍNDROME DE GIANOTTI CROSTI NA PEDIATRIA: UM RELATO DE CASO	60
SÍNDROME DO COMPARTIMENTO ABDOMINAL: RELATO DE CASO	60
TAMPONAMENTO CARDÍACO E A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO COMPLETA DO PACIENTE	61
TRATAMENTO DO CARCINOMA UROTELIAL PAPILÍFERO DE Pelve e CÁLICES RENAIIS COM HOLMIUM: YAG LASER	62

EDITORIAL

XIII Semana Acadêmica do Curso de Medicina da Unisc "Linha da Vida"

A XIII Semana Acadêmica do Curso de Medicina (SAM) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) foi promovida pelo Diretório Acadêmico Pedro Lúcio de Souza (DAPLUS), com o apoio da Coordenação do curso de Medicina da UNISC, de 06 a 08 de novembro de 2018, com atividades nos três turnos, incluindo palestras, workshops e apresentação de trabalhos científicos. A décima terceira edição do evento abrangeu a temática "Linha da Vida", trazendo assuntos relevantes que vão desde o nascimento até como lidar com a morte. Nesse sentido, a XIII SAM UNISC se propôs a trazer discussões que focam no indivíduo como um todo, numa abordagem humana sobre o paciente, além de temas que são cruciais para a formação de um bom médico e que são pouco discutidos durante o período acadêmico.

A submissão e a avaliação dos trabalhos científicos ocorreram totalmente de maneira online, através do website do evento (www.samunisc2018.eventize.com.br). A Comissão Avaliadora se constituiu de 23 docentes do curso de Medicina da UNISC. Todos os trabalhos passaram pela avaliação de dois avaliadores, os quais não se conheciam entre si nem os autores do trabalho. Isso garantiu que apenas os trabalhos com qualidade acadêmica e relevância científica fossem aprovados para apresentação e publicação neste suplemento.

Ao todo, foram submetidos 125 trabalhos, dos quais 83 (66,4%) foram selecionados para apresentação na forma de pôster. Destes, 3 pertencem à categoria "Área Cirúrgica", sendo 2 na modalidade "Trabalho Original" e 1 na modalidade "Revisão Bibliográfica", 30 à categoria "Área Clínica", sendo 18 na modalidade "Trabalho Original" e 12 na modalidade "Revisão Bibliográfica", e 50 à categoria e modalidade "Relato de Caso". Esta edição especial da Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção (RECI) apresenta os trabalhos aprovados nas modalidades "Trabalho Original" e "Relato de Caso". Os trabalhos aprovados na modalidade "Revisão Bibliográfica" não estão publicados neste suplemento.

As SAM UNISC são eventos que procuram oportunizar a discussão de importantes temas da área médica e estimular os acadêmicos à participação na produção científica. Assim, agradecemos a todos que participam e contribuem para que as SAM UNISC se tornem a cada ano o momento mais importante para troca de conhecimentos e experiências entre alunos e professores. Apresentamos, então, com imenso prazer, os trabalhos científicos da XIII SAM selecionados para publicação neste suplemento.

Boa leitura a todos!

Comissão Organizadora da XIII SAM



Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) Gestão 2018/2019

Coordenadora:

Prof.ª Dr.ª Tatiana Kurtz

Subcoordenador:

Prof. Ms. Paulo Roberto Laste

Coordenadora Pedagógica:

Prof.ª Dra.ª Giana Diesel Sebastiany

Coordenador do Internato:

Prof. Ms. Paulo Roberto Laste

Coordenadora da Tutoria:

Prof.ª Dra.ª Marília Dornelles Bastos

Diretório Acadêmico Pedro Lúcio de Souza (DAPLUS) Gestão 2018/2019

Presidente:

Natália Maron

Vice-Presidente:

Bruno Furini Puton

Secretária Geral:

Cecília Mayer Rosa

Tesoureira Geral:

Mariana López González

Comissão Organizadora da XIII SAM

Alan Luiz Frigeri

Bruno Furini Puton

(Presidente da Comissão Científica)

Bruno Dal Bianco

Camile Limana

Carolina Czegelski Duarte

Cecília Mayer Rosa

Diego Gehrke Pistoia

Gabriela Alves Turcatti

Helena Wagner Dini

Liliane Letícia Possa

Manoella Fachinelli

Mariana López González

Matheus Mosele Serafini

Micheli Olbermann

Natália Maron

Renan Fagundes de Oliveira

Comissão Científica da XII SAM

Alex Schwengber, *M.Sc*

Alexandre Rieger, *Ph.D.*

Andreia Rosane de Moura Valim, *Ph.D.*

Camilo Darsie de Souza, *Ph.D.*

Chana de Medeiros da Silva, *Ph.D.*

Clarissa Aires Roza, *Ph.D.*

Claus Dieter Dummer, *Ph.D.*

Cristiane Pimentel Hernandes, *M.Sc*

Cristina Manera Dorneles, *M.Sc*

Dennis Baroni Cruz, *Ph.D.*

Fabiani Waechter Renner, *M.Sc*

Fátima Cleonice de Souza, *Ph.D.*

Jane Dagmar Pollo Renner, *Ph.D.*

Lia Gonçalves Possuelo, *Ph.D.*

Lucia Beatriz Fernandes da Silva Furtado, *Ph.D.*

Luciano Nunes Duro, *Ph.D.*

Marcelo Carneiro, *Ph.D.*

Marília Dornelles Bastos, *Ph.D.*

Paulo Roberto Laste, *M.Sc*

Silvio Márcio Pegoraro Balzan, *Ph.D.*

Susana Fabíola Mueller, *Ph.D.*

Tatiana Kurtz, *Ph.D.*

Vera Elenei da Costa Somavilla, *Ph.D.*

Categorias - Modalidades dos trabalhos submetidos:

Para publicação (70), apenas Trabalhos Originais e Relatos de Caso.

(02) Área Cirúrgica – Trabalho Original

(01) Área Cirúrgica – Revisão Bibliográfica

(18) Área Clínica – Trabalho Original

(12) Área Clínica – Revisão Bibliográfica

(50) Relato de Caso



Categoria: Área Cirúrgica Modalidade: Trabalho Original

PERFIL DE TAMANHO E LOCALIZAÇÃO DE CÁLCULOS URETERAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS À URETEROLITOTRIPSIA SEMI-RÍGIDA

Isabela Nizarala Antonello,^{1*} Maíra Maccari Strassburger,¹ Walter Jorge Bravo Cassales Filho,¹ Henrique Py Laste,² Sandro Eduardo Laste,³ Paulo Roberto Laste³

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: isabela.antonello@gmail.com

Introdução. Os cálculos renais e ureterais são comuns em 3% da população e estima-se que 12% dela irá desenvolvê-los, sendo mais comum em homens, com pico de incidência entre 20-40 anos. Os pacientes podem apresentar desde sintomas clássicos, cólica renal e hematúria, até sintomas atípicos ou assintomáticos. Esses cálculos costumam obstruir em três pontos: junção ureteropélvica (JUP) – mais comum – terço médio e junção uretero-vesical. A probabilidade de eliminação espontânea depende do tamanho e localização do cálculo. A maioria das pedras < 4 mm de diâmetro passam espontaneamente (50-70%). O diâmetro > 5mm tem diminuição progressiva da taxa de passagem espontânea (inferior a 50%), tornando-se improvável com cálculos > 10 mm. Em 95,4% dos pacientes há presença de cálculos isolados no ureter proximal, médio ou distal e em cerca de 5% em mais de um local do ureter. Os fatores que influenciam na escolha do método para tratamento são: composição, localização e tamanho do cálculo, disponibilidade do equipamento, características do paciente, técnica e habilidade do cirurgião. A ureterorenolitripsia é a abordagem preferida para cálculos em ureter médio e distal, enquanto a litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) é terapia de primeira linha para casos menos acessíveis endoscopicamente.

Objetivo. Identificar o perfil de tamanho e localização de cálculos ureterais em pacientes que realizaram ureterolitotripsia semi-rígida em Santa Cruz do Sul (SCS).

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo através da análise das características clínicas dos pacientes que realizaram ureterolitotripsia semi-rígida em SCS entre janeiro/2016 e setembro/2018. Os dados foram tabula-

dos em Excel e testados através do software IBM SPSS Statistics Base 22.0.

Resultados. Dos 297 pacientes analisados, 195 eram homens (65,7% do total) e 102 mulheres (34,3%). A média de idade foi 44,83 anos, sendo 45,13 a média masculina e 44,48 a feminina. Não houve diferença significativa quanto ao lado de localização do cálculo sendo 50,7% do lado direito e 49,3% do lado esquerdo. Nos homens, o lado esquerdo predominou em 51,3% dos casos e nas mulheres, o lado direito em 53,9%. O tamanho médio dos cálculos foi 7,5 mm e a localização com maior predomínio foi o ureter inferior em 61,48% dos casos e tamanho médio 6,8 mm. Seguido pelo ureter superior, em 20,27% do total e média de 9,2 mm. Por fim, o ureter médio representou 18,24% dos cálculos com 8,3 mm de tamanho médio. Do total, 4,05% dos pacientes apresentaram mais de um cálculo ao longo do ureter.

Discussão. Nesse estudo, houve predomínio do sexo masculino e da quarta década de vida, assemelhando-se aos dados da literatura. Houve uma pequena diferença do lado acometido entre homens e mulheres, porém sem significado estatístico. Diferentemente da literatura, onde a JUP é a mais acometida, nesta amostra houve predomínio de cálculos em ureter distal. E, como esperado, os casos submetidos à cirurgia possuíam tamanho maior que 5mm e, semelhante aos estudos, 4% dos casos apresentaram mais de um cálculo.

Conclusão. O desenvolvimento do ureteroscópio teve um impacto significativo no manejo dos cálculos ureterais. Embora muitos cálculos em ureter proximal sejam eliminados por LECO, o uso do ureteroscópio é o tratamento de escolha para a maioria dos casos em ureter médio e distal, com altas taxas de sucesso. Além disso, o acesso do ureteroscópico é útil para o manejo de cálculos ureterais que falharam na LECO.

Descritores. Ureter, Doenças Ureterais, Cálculos Ureterais, Ureterolitíase.

RESULTADO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA DE LONGO PRAZO EM HOMENS SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA RADICAL: EXPERIÊNCIA SE UM SERVIÇO DE SANTA CRUZ DO SUL

Helena Wagner Dini,^{1*} Liliâne Letícia Possa,¹ Natália Maron,¹ Sabrina Mueller,¹ Paula de Castro Sanchez,¹ Luiza Facchin Ghilardi Vieira,¹ Henrique Py Laste,² San-

TRABALHOS

dro Eduardo Laste,³ Paulo Roberto Laste³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: leladini@hotmail.com

Introdução. O câncer de próstata (CaP) é uma patologia com alta incidência. No Brasil o CaP é o tumor mais frequente, excluindo-se os tumores de pele não melanoma. O advento e introdução na prática clínica do PSA (Prostatic Specific Antigen), em conjunto com o exame de toque retal, trouxe a possibilidade de diagnosticar lesões malignas enquanto ainda localizadas na próstata. A prostatectomia radical é um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento do (CaP) localizado, amplamente utilizado e com baixa mortalidade. Contudo, o ato cirúrgico pode ser responsável por algumas complicações, dentre elas a incontinência urinária, a qual, em uma parcela de pacientes, melhora em alguns dias, semanas ou meses sem intervenção, entretanto em uma pequena proporção de pacientes, isso não ocorre.

Objetivo. O estudo objetiva verificar a prevalência de pacientes com incontinência urinária pós-operatória de prostatectomia radical de um serviço em Santa Cruz do Sul e comparar com os dados da literatura.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de natureza quantitativa através da análise de prontuários de 64 pacientes submetidos a prostatectomia radical no período de Janeiro de 2014 a Agosto de 2018. Os dados foram comparados com a literatura.

Resultados. Dos 64 pacientes, 6 não retornaram após a retirada de sonda para avaliar a continência. Dos 58 pacientes restantes, 42 não apresentaram perda de urina após a retirada da sonda vesical e dos 16 pacientes restantes, 7 apresentaram

melhora no período de até 6 meses após a cirurgia, 2 de 6 meses até 1 ano pós-operatório e 6 mantiveram a incontinência após 1 ano da cirurgia, permanecendo com algum grau de incontinência. Assim, dentre todos os pacientes que retornaram, a prevalência dos que apresentaram perda de urina ou mantiveram incontinência foi de 27,6%, dessa forma, 72,4% não apresentaram qualquer grau de incontinência. Entre eles, 12% melhoraram em até 6 meses após; 3,5% melhoraram entre o período de 6 meses e 1 ano; e 10,35% mantiveram incontinência após 1 ano. A média de idade dos pacientes foi de 65,5 anos.

Discussão. A incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP) é uma condição que tem um efeito devastador na qualidade de vida do paciente e está associada a elevado risco de depressão, isolamento social e altos custos para o sistema de saúde. Como qualquer outro tipo de incontinência, pode estar associada à disfunção vesical, disfunção esfinteriana ou a uma combinação de ambas. A taxa de incontinência urinária, que persiste ao longo de 12 meses, pode variar de 5,0% a 19,9%. Em estudo, 21,7% dos homens submetidos a prostatectomia radical tiveram diagnóstico de incontinência urinária, e somente 7,9% continuaram com o diagnóstico após um ano do procedimento. Fatores que predizem a recuperação precoce da continência após a prostatectomia radical são: pacientes mais jovens, preservação do ligamento pubo-prostático e do feixe neurovascular.

Conclusão. Experiência demonstrou que a prevalência de incontinência urinária na população masculina após prostatectomia radical está próxima aos dados da literatura. Apesar de os números não serem alarmantes, a incontinência urinária de esforço pode afetar consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, os cuidados essenciais e a experiência cirúrgica tornam-se relevantes para sua prevenção.

Descritores. Prostatectomia, Incontinência Urinária, Prevalência.

TRABALHOS

Categoria: Área Clínica Modalidade: Trabalho Original

ANÁLISE DAS ETIOLOGIAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Bruna Tolfo de Oliveira,^{1*} Giuliana Caceres Cennerelli,¹ Isabela Dorneles Pasa,¹ Maria Eduarda Teló,¹ Raíssa Casanova Vilaverde Gomes,¹ Renata Wetzel Vieira,¹ Walter Jorge Bravo Cassales Filho,¹ Candice Franke Krumel²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: tolfobruna@gmail.com

Introdução. Hemorragia digestiva alta (HDA) é definida como todo sangramento que ocorre proximal ao ligamento de Treitz, sendo uma emergência médica associada à elevada morbimortalidade. A incidência é aproximadamente de 100 casos por 100.000/ano, apresentando mortalidade de 6 a 10%. As principais etiologias de HDA são úlcera péptica, varizes esofágicas, síndrome de Mallory-Weiss e lesões erosivas na mucosa gastrointestinal. A presença de úlcera péptica é responsável por mais de 50% das HDA e está associada ao uso de antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) e à presença de *Helicobacter pylori*. O uso de AINEs apresenta maior relação com o desenvolvimento de úlcera gástrica, enquanto que 90% das úlceras duodenais são causadas por *H. pylori*. A hemorragia por varizes esofágicas acomete principalmente pacientes cirróticos, sendo responsável por elevada morbimortalidade em comparação com as outras etiologias de sangramento. Já a síndrome de Mallory-Weiss ocorre por lacerações gastroesofágicas e está presente em 15% das HDA. Outras etiologias menos frequentes também podem estar presentes, como neoplasia e lesões de Dieulafoy. Dessa forma, é importante conhecer as etiologias mais prevalentes para que possam ser aplicadas estratégias adequadas de manejo.

Objetivo. Analisar as etiologias de HDA entre os pacientes atendidos no pronto atendimento (PA) de um hospital de Santa Cruz do Sul.

Metodologia. Foi realizado estudo retrospectivo com os pacientes admitidos por HDA no PA do hospital nos anos de 2016 e 2017. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos e com informações incompletas no prontuário. Os dados foram analisados no software SPSS, foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliar a relação da etiologia com dados demográficos e de mortalidade.

Resultados. Foram incluídos 41 pacientes, sendo a etiologia mais frequentemente encontrada a úlcera péptica (65,9%). Outras causas foram pólipos (7,4%), a síndrome de Mallory-Weiss (4,9%), varizes esofágicas (4,9%), gastrite (4,9%), duodenite (2,4%) e corpo estranho (2,4%). As etiologias não apresentaram relação estatística com as variáveis demográficas idade e sexo. A mortalidade foi de 18,6% (n=8), sem diferença estatística entre as etiologias.

Discussão. De acordo com a literatura cerca de 60% dos pacientes com HDA, tem como etiologia a úlcera péptica. Nesta análise os resultados foram de encontro aos estudos, apresentando 65,9% de casos de úlceras pépticas. Ademais, na maioria dos levantamentos, a esofagite é a segunda causa principal de HDA. No entanto, não observamos índices consideráveis dessa etiologia no presente estudo. A síndrome de Mallory-Weiss foi responsável por 4,9% dos casos de HDA, correspondendo a um baixo índice se comparado a outros trabalhos que correlacionam essa síndrome a uma taxa de até 15% das causas de sangramento do trato gastrointestinal superior. Outro ponto a ser observado é a elevada taxa de mortalidade encontrada no nosso estudo se comparada a literatura, correspondendo a 18% e 2,45% respectivamente.

Conclusão. As HDAs ainda são associadas a elevadas taxas de morbimortalidade, conforme confirmado pelo presente estudo. O manejo inicial da HDA é baseado essencialmente na estabilização do sangramento com base em sua causa, o que torna o conhecimento epidemiológico das etiologias mais prevalentes em cada serviço diretamente relacionada a aplicação de estratégias de diagnóstico precoce, manejo adequado e prevenção.

Descritores. Hemorragia Digestiva Alta, Etiologias, Úlcera Péptica.

AVALIAÇÃO DA MELHORA CLÍNICA APÓS A PRIMEIRA TENTATIVA TERAPÊUTICA PARA INFECÇÃO POR *HELICOBACTER PYLORI*

Walter Augusto Molz,^{1*} Marcele De La Rocha Paschoal,¹ Natália Maron,¹ Marie Louise Herberts Sehnem,¹ Bruna Tolfo de Oliveira,¹ Helena Wagner Dini,¹ Fernanda de Souza Machado,¹ Fernanda Foschiera Mogno,¹ Caroline Pretto Sauter,¹ Candice Franke Krumel²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

TRABALHOS

² *Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

*Contato: wmolz@hotmail.com

Introdução. *Helicobacter pylori* (HP) é um bacilo gram-negativo que infecta a mucosa do estômago e apresenta um importante papel na patogênese de um largo espectro de afecções. Existem vários regimes de antibióticos para o tratamento do HP, no entanto, poucos esquemas atingem, consistentemente, altas taxas de erradicação.

Objetivo. O objetivo do estudo foi avaliar a melhora clínica da infecção por HP na primeira tentativa terapêutica nos pacientes em acompanhamento no Ambulatório de Gastroenterologia de um Hospital Universitário.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal de natureza observacional, em que os dados foram utilizados de forma quantitativa e retrospectiva. A amostra do estudo foi originada a partir da análise de 52 prontuários de pacientes do Ambulatório de Gastroenterologia, entre 2009 e 2017, que receberam tratamento para erradicação do HP, dos quais foram selecionados 31 pacientes. Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico positivo para a infecção com HP por meio de testes de urease direta (via endoscópica), ou indireta (via respiratória), com o prontuário completo e maiores de 18 anos. Foram excluídos os pacientes que não retornaram para acompanhamento do tratamento.

Resultados. Foram analisados 31 pacientes, com idades entre 26 e 75 anos (média de 53,64 anos), sendo 12 (38,70%) do sexo masculino e 19 (61,29%) do sexo feminino. Foi observado que, da amostra total, 15 pacientes (48,38%) melhoraram clinicamente após a primeira tentativa terapêutica (46,66% mulheres e 53,33% homens), enquanto que 16 pacientes (51,61%) tiveram recidiva dos sintomas com o primeiro tratamento (68,75% mulheres e 31,25% homens). Como rotina de tratamento, era utilizado amoxicilina, claritromicina e inibidor da bomba de prótons (IBP) por sete dias.

Discussão. Segundo Vakil (2005), estima-se que, aproximadamente, 20% dos pacientes falham em uma tentativa inicial de erradicação do HP. O presente estudo observou que 48% dos pacientes analisados necessitaram de uma nova intervenção terapêutica, pois não melhoraram dos sintomas. Resistência antimicrobiana, baixa adesão ao regime de antibióticos e efeitos colaterais relacionados ao medicamento desempenham um papel importante no resultado da terapia. Além disso, esquemas terapêuticos com duração de sete dias estão associados à diminuição das taxas de erradicação. Verificou-se, também, a necessidade de ampliar a realização de endoscopias no Ambulatório, a fim de melhorar o controle da quantidade de pacientes erradicados. Tendo em vista essa diminuição nas taxas de erradicação e, muitas vezes, a impossibilidade de

monitorização por endoscopia, a duração do tratamento deve ser estendida para 14 dias, com o intuito de alcançar taxas mais altas de erradicação.

Conclusão. Como estratégia para aperfeiçoar a gestão da infecção pelo HP no Brasil, o Núcleo Brasileiro para o estudo de *Helicobacter pylori* e Microbiota (NBEHPM) realizou, em 2017, uma reunião para elaboração de um novo consenso sobre o assunto. O consenso, então, estabeleceu que o tratamento de primeira linha recomendado seja a terapia tripla, que consiste na combinação de IBP, amoxicilina e claritromicina por 14 dias. Apesar das crescentes taxas de resistência à claritromicina, no Brasil seu uso ainda é recomendado para o tratamento do HP. A alternativa ao esquema padrão inclui terapia quádrupla com bismuto por 10 a 14 dias.

Descritores. Gastroenterologia, *Helicobacter pylori*, Tratamento Farmacológico.

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DO RISCO DE FIBROSE PELA CORRELAÇÃO APRI E NAFLDScore EM PACIENTES COM ESTEATOSE HEPÁTICA

Marie Louise Herberts Sehnem,^{1*} Marcele De La Rocha Paschoal,¹ Fernanda de Souza Machado,¹ Bruna Tolfo de Oliveira,¹ Helena Wagner Dini,¹ Natália Maron,¹ Walter Augusto Molz,¹ Fernanda Foschiera Mognol,¹ Caroline Pretto Sauter,¹ Candice Franke Krumel²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: mariesehnem@gmail.com

Introdução. A doença hepática gordurosa não alcoólica (NAFLD) é caracterizada pela esteatose em indivíduos sem consumo significativo de álcool e com marcadores virais, genéticos e autoimunes negativos para doença hepática. Embora a biópsia hepática seja o padrão-ouro para a avaliação, escores não invasivos são preditores na identificação de pacientes com alto risco de desenvolver fibrose hepática.

Objetivo. Os objetivos do estudo são traçar o perfil epidemiológico, analisar resultados laboratoriais passíveis de alterações pela esteatose hepática e identificar a correlação dos resultados dos métodos não invasivos APRI e NAFLDscore para a avaliação de fibrose hepática em pacientes com esteatose hepática.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo, analisando prontuários dos 35 pacientes em acompanhamento em um ambulatório de gastroenterologia da cidade de Santa Cruz do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, com

TRABALHOS

diagnóstico de esteatose hepática. As variáveis consideradas foram sexo, faixa etária, índice de massa corporal (IMC), diagnóstico concomitante de Diabetes Mellitus (DM) e valores de transaminase glutâmico-oxalacética (TGO), transaminase glutâmica-pirúvica (TGP), contagem de plaquetas (PLAQ) e albumina (AL). Foram excluídos pacientes sem dados suficientes para calcular os escores de APRI e NAFLDscore, restando 20 indivíduos para a análise. Para banco de dados e análise estatística foi utilizado o Microsoft Excel.

Resultados. Dos 20 pacientes selecionados, 65% eram do sexo feminino e 35% do sexo masculino. 75% tinham entre 30 e 60 anos, 5% tinham idade inferior a 30 anos e 20% eram maiores de 60 anos. Analisado o IMC, apenas 10% se enquadravam no índice adequado conforme sua altura e peso, 25% apresentavam sobrepeso, 45% eram obesos e 20% estavam já qualificados como obesos mórbidos. 30% dos pacientes eram também diabéticos, 20% apresentavam TGO acima de 42 U/L, 25% possuíam TGP acima de 56 U/L, 10% tinham menos de 150 mil PLAQ e 90% tinham AL abaixo de 5g/dL. Conforme o cálculo do APRI, 90% apresentaram baixa probabilidade de cirrose, entretanto, conforme o NAFLDscore, 70% obtiveram resultados preditores de presença de fibrose. O coeficiente de correlação constatou uma correlação fraca entre os escores calculados ($r = 0,248$).

Discussão. A NAFLD está relacionada a resistência à insulina, síndrome metabólica, diabetes tipo 2, obesidade, hipertensão e dislipidemia. O estágio inicial da NAFLD é a esteatose simples, mas pode evoluir para esteatohepatite não alcoólica (EHNA), fibrose, cirrose e carcinoma hepatocelular. A identificação de pacientes com risco aumentado de EHNA e fibrose avançada é, portanto, fundamental e, como a biópsia hepática é invasiva e cara, métodos não invasivos são opções acessíveis. Segundo a literatura, o índice de razão TGO/PLAQ (APRI) é útil na avaliação não invasiva da fibrose em várias doenças crônicas do fígado, já o NAFLDscore é obtido a partir de pontuação conforme idade, IMC, relação TGO/TGP, AL, PLAQ e a presença ou ausência de DM.

Conclusão. Valores de APRI acima de 1 tem sensibilidade de 30% e especificidade de 92,8% na detecção de fibrose hepática significativa, sendo relevante para determinar fibrose avançada. Já o NAFLDscore tem sensibilidade de 52,3% e especificidade de 88,6% no diagnóstico de fibrose significativa. Frente a baixa correlação entre os métodos obtidos em nosso trabalho, exames de maior acurácia, como a elastografia, são opções não invasivas de maior confiança.

Descritores. Fígado Gorduroso, Cirrose Hepática, Síndrome Metabólica, Obesidade.

CONVERSANDO SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ESCOLA

Helena Hickmann Bender,^{1*} Carolina Schneider,¹ Eduardo Signor Basso,¹ Felipe Boaretto Guedes,¹ Giuliana Caceres Cennerelli,¹ Isabela Nizarala Antonello,¹ Mariana Colla da Silva,¹ Marina Weiss Kist,¹ Patrícia Bottega,¹ Cristiane Pimentel Hernandes²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: helena.bender@hotmail.com

Introdução. Face ao crescente número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) entre os jovens, há necessidade de ampliar o acesso a informação sobre o tema. Diante disso, foi desenvolvido um projeto que visa ampliar os conhecimentos dos adolescentes sobre as ISTs e sua prevenção.

Objetivo. Analisar o conhecimento dos jovens a respeito das ISTs, estimando o impacto da abordagem do tema em ambiente escolar.

Metodologia. Estudo quali-quantitativo com 140 alunos, do 7º ao 9º anos do Ensino Fundamental de uma escola de Santa Cruz do Sul. Foi elaborado um questionário sobre o tema, aplicado antes e após atividade realizada com os alunos, na qual foi abordada a importância da prevenção de ISTs.

Resultados. A primeira etapa de aplicação do questionário, questionados sobre o quanto conhecem sobre ISTs, 47,3% responderam ter "conhecimento intermediário", 46,2% responderam "pouco conhecimento" e 7% responderam "muito conhecimento". Na reaplicação, a porcentagem que respondeu ter "muito conhecimento" subiu para 48%, contra 12% que responderam ter "pouco conhecimento" e 40% "intermediário". Quanto a sua principal fonte de informação acerca do tema, na primeira aplicação 37,1% dos alunos responderam a família, seguida pela escola e a internet, ambos com 35,2%. Na reaplicação, 59,6% dos alunos indicaram a escola como a principal fonte de informação. A questão sobre se há cura para todas as ISTs, na primeira etapa 23,3% responderam que sim, o que reduziu para 12,1% na reaplicação. Em relação à segurança do anticoncepcional como método preventivo para ISTs, na primeira aplicação 50,9% dos alunos consideraram este um método seguro, enquanto na reaplicação a porcentagem diminuiu para 24,5%.

Discussão. A inclusão da educação sexual na escola é imprescindível para a mudança do panorama das ISTs no Brasil, uma vez que a adolescência é o período de vulnerabilidade para

TRABALHOS

essas infecções. Segundo estudos recentes, o índice de jovens de 15 a 19 anos portadores de HIV aumentou de 3% (2006) para 5,4% (2016). Além disso, 35,6% dos adolescentes de 13 a 17 anos não usam preservativos em sua primeira relação sexual. Os resultados da pesquisa realizada demonstram que os adolescentes não possuem conhecimento suficiente sobre as ISTs e a forma correta de preveni-las, revelando que o tema não está sendo adequadamente abordado. Este déficit de informação transcorre da interferência de valores, preconceitos e tabus sociais, assim como às informações errôneas veiculadas na internet. Quanto ao papel da escola, aulas de sexualidade e ISTs são, em regra, destinadas a professores que frequentemente abordam apenas o viés biológico do tema, desconsiderando construções sociais e culturais e características individuais de cada aluno. Após a atividade realizada, houve um aumento significativo de respostas corretas ao questionário. Ainda que o número de acertos não tenha sido completamente satisfatório, possivelmente os resultados seriam melhores se o tema fosse discutido com maior frequência no ambiente escolar.

Conclusão. Diante das respostas dos alunos ao questionário, foi notável a falta de conhecimento a respeito das ISTs e sua correta forma de prevenção. Durante as atividades, o engajamento e interesse dos alunos possibilitou melhora significativa no índice de acertos do questionário. Assim, é notável que estabelecer um diálogo claro a respeito do tema auxilia a construção de um comportamento sexual responsável entre a população jovem.

Descritores. Infecções Sexualmente Transmissíveis, Adolescente, Educação, Sexualidade.

CORRELAÇÃO DAS TAXAS DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE INFANTIL POR SÍFILIS CONGÊNITA NAS REGIÕES BRASILEIRAS

Alice de Moura Vogt,^{1*} Viviane Martins Sassi,¹ Adriano da Silva Dutra,¹ Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Angélica Brugnera Benvegnú,¹ Jaqueline Brivio,¹ Maira Maccari Strassburger,¹ Tassia Callai,¹ Tatiana Kurtz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: alicemv@mx2.unisc.br

Introdução. A sífilis é um grave problema de saúde pública, incluída na lista de doenças de notificação compulsória, visto sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado. Passível de prevenção se torna um

indicativo de falha de diagnóstico precoce e tratamento na assistência pré-natal. Assim, justifica-se a realização de estudos que contribuam para o conhecimento e entendimento da doença, oportunizando a melhoria do planejamento das medidas de educação e prevenção nos grupos mais vulneráveis e a avaliação de ações que possam aumentar a eficácia da redução da transmissão vertical da sífilis.

Objetivo. Correlacionar as taxas de incidência à mortalidade infantil por sífilis congênita (SC) nas regiões brasileiras, enfatizando a região Sul.

Metodologia. Estudo transversal retrospectivo do Boletim Epidemiológico de 2017 do Ministério da Saúde sobre dados referentes à SC relacionando-os com a literatura disponível em banco de dados bibliográficos.

Resultados. Taxa de incidência de SC no Brasil em 2016 foi de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos. Por região: 7,7 Sul; 7,1 Sudeste; 7,0 Nordeste; 5,4 Norte e 4,8 Centro-Oeste. A taxa brasileira de mortalidade infantil pela doença no mesmo ano foi de 6,1 por 100000 nascidos vivos. Regionalmente a taxa foi de 7,7 para a Região Nordeste; 6,1 para o Sudeste; 5,3 para o Norte; 4,7 para a Região Sul e 4,4 para o Centro-Oeste.

Discussão. A região Sul em 2016 apresentava-se como a maior taxa de incidência de SC. Contudo, também apresentou a segunda menor taxa de mortalidade pela doença. A notificação compulsória mostra-se de extrema relevância para a concordância dos dados, visto que para uma maior taxa de incidência espera-se um aumento proporcional na taxa de mortalidade. A discordância dos indicativos selecionados podem sugerir um diagnóstico precoce e tratamento efetivo da doença na região Sul como também se pode atribuir a uma subnotificação da doença nas demais regiões. Para um diagnóstico precoce e tratamento efetivo da SC, a Atenção Básica à saúde é a porta de entrada dos serviços, pois a proximidade entre as equipes de Saúde da Família e os pacientes facilita na mudança da epidemiologia da doença. Os profissionais que atuam diretamente com as gestantes necessitam de preparo técnico e um olhar interdisciplinar, dada à complexidade diagnóstica e assistencial do agravo. A partir da identificação das gestantes infectadas, o tratamento é obrigatório para SC, sendo esse realizado com Penicilina G, único agente antimicrobiano eficaz conhecido para prevenir a transmissão vertical da sífilis, por ultrapassar a barreira placentária, e tratamento da infecção fetal. Ademais, em caso de alergia, a dessensibilização é mandatória.

Conclusão. A SC tem uma incidência significativa no nosso país, no entanto, é de fácil tratamento quando diagnosticada, evitando suas complicações de morbimortalidade. A região Sul teve em 2016 o maior coeficiente de incidência de SC, contudo obteve uma das menores taxa de mortalidade infantil, sugerindo que os índices de subnotificação provavelmente

TRABALHOS

ainda são altos ou foram tomadas medidas de precaução na assistência pré-natal oferecida. Para melhor análise dos cenários regionais da SC, se faz necessário um combate a sub-notificação, para que assim, estratégias de enfrentamento à doença possam ser efetivamente direcionadas às demandas de cada região com enfoque na melhoria na assistência pré-natal.

Descritores. Sífilis Congênita, Mortalidade Infantil, Cuidado Pré-Natal.

DESENVOLVIMENTO DE DISPOSITIVO WEARABLE APLICADO A SAÚDE

Carina Saraiva Eid Ferreira,¹ Rafaela Alves Hansen,¹ Patrick Luiz Martini,² Andrea Aparecida Konzen³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Engenharia de Computação. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: carinaeidt@hotmail.com

Introdução. Os dispositivos wearable aplicados à saúde tem sido bastante utilizado para monitorar em grande quantidade as informações fisiológicas de pacientes. A partir do desenvolvimento de um hardware vestível para coleta dos sinais vitais desses pacientes, os sensores captam e enviam os dados remotamente a algum ambiente de acesso médico ou hospitalar. Em conjunto com esse dispositivo, os dados coletados serão armazenados, analisados e posteriormente exibidos aos usuários e profissionais de saúde através de uma interface web ou mobile. Assim, esse tipo de tecnologia tem sido promissora no setor da saúde, permitindo que os pacientes possam ser monitorados fora de ambientes hospitalar e de consultórios médicos, gerando, constantemente, dados para observação e acompanhamento, dadas propensões a determinadas doenças que os mesmos podem apresentar.

Objetivos. Descrever a criação de um dispositivo wearable em desenvolvimento no Projeto Computação Wearable Aplicada no Monitoramento e Análise de Pacientes em Pós-Consulta, que possui parcerias entre os cursos de Ciência da Computação, Engenharia de Computação, Engenharia Mecânica e Medicina. Descrever o projeto de aplicação prática desse dispositivo em grupos de pacientes do sistema único de saúde (SUS).

Metodologia. Etapa 1: Criação do Dispositivo: o dispositivo wearable está sendo desenvolvido pela equipe de bolsistas do projeto, que irá aferir variações de frequência cardíaca, oximetria e temperatura. O dispositivo é composto por uma placa esp32 e conjunto de sensores. O primeiro protótipo é uma pulseira com um dedal conectado, feita em polímero. Etapa 2: Para avaliação da fidedignidade dos parâmetros aferidos

pelo dispositivo serão feitos testes com outros equipamentos já aceitos e previamente calibrados para cada item avaliado, sendo a avaliação realizada pelos acadêmicos do Curso de Medicina. Etapa 3: Nas etapas posteriores do projeto, tem-se: criação de grupos em unidades básicas de saúde da região, com objetivo de avaliar o uso do dispositivo, mensurar a aceitação e adesão, bem como a fidedignidade de seus parâmetros de avaliação; definição de grupos com patologias crônicas que utilizam o Sistema Único de Saúde e que, possivelmente, se beneficiariam com uma detecção precoce das alterações aferidas pelo dispositivo, já descritas acima, e; análise dos dados que será feita por questionário pré e pós uso do dispositivo e acompanhamento dos pacientes nas unidades básicas de saúde que têm como referência. Grupos: Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Pacientes com Apneia do Sono, e; Pacientes Cardiopatas.

Resultados. Das etapas do projeto, está em fase de conclusão a etapa 1, sendo que, o dispositivo está em fase final de desenvolvimento e testes. Dessa forma, logo serão iniciadas as etapas 2 e 3 do projeto.

Discussão. A evolução da computação e suas tecnologias nas últimas décadas veio ao encontro da medicina. A partir da evolução dos computadores, dos chips eletrônicos, de equipamentos médicos digitais como o tomógrafo computadorizado, aconteceu um impressionante aumento nos produtos biomédicos. A informação de forma instantânea e as novas tecnologias tornaram-se indispensáveis para a medicina, pois contribuem para a grande melhoria do seu objetivo maior que é promover a saúde da população e tratar as enfermidades enquanto pacientes. Atualmente já existem diversos dispositivos sendo utilizados para fins de saúde, tais como: dispositivos eletrônicos para fumar; dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, entre outros. O desenvolvimento do dispositivo Wearable vem corroborar a ideia de que essa área tem muito a oferecer à medicina e seu desenvolvimento.

Conclusão. O trabalho interdisciplinar dos acadêmicos desses diferentes cursos de graduação em um só projeto, indica esse novo momento tecnológico e sua importância mútua para a sociedade, considerando os melhores resultados obtidos no desenvolvimento de tecnologias e contribuindo para o desenvolvimento de um ecossistema de computação em saúde na região.

Descritores. Tecnologia Biomédica, Sinais Vitais, Informática Médica.

EFEITO DA HIPÓXIA INTERMITENTE SOBRE O SISTEMA RESPIRATÓRIO DE CAMUNDONGOS SUBMETIDOS A UM MODELO EXPERIMENTAL DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

TRABALHOS

Nicolas Gabriel Padilha Pizzolatto,^{1*} Ana Maria Almeida Gouveia,¹ Eduarda Lemos Wink,¹ Guilherme Doehl Knebel,¹ Laura Menegazzo,¹ Mateus Balbinot Perini,¹ Paula Pott Fischer,¹ Sabrina Mueller,¹ Dennis Baroni Cruz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: nicolas_pizzolatto@hotmail.com

Introdução. A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma doença extremamente prevalente, caracterizada por interrupções da respiração durante o sono. Estas são causadas por obstruções das vias aéreas superiores, ocasionando a hipóxia intermitente (HI). Múltiplas são as evidências na literatura que apontam o impacto da AOS sobre a fisiologia e a morfologia dos mais diversos tecidos. A hipóxia intermitente crônica utilizada como um marcador para a AOS está associada com efeitos deletérios sobre o sistema cardiovascular, no entanto, se conhece pouco sobre sua influência no sistema respiratório.

Objetivo. Investigar através da análise microscópica óptica o efeito da HI sobre a histologia pulmonar.

Metodologia. Camundongos CA1 (n = 13) foram expostos a 21 dias de HI, alternando 30 segundos de hipóxia (nadir de FiO₂ de 7%) e 30 segundos de normóxia. Durante 8 horas/dia, os animais sofreram 480 ciclos de hipóxia/reoxigenação. O mesmo número de animais (n = 13) foi utilizado como grupo controle, sendo submetido à simulação de HI (simHI). Ao término da exposição, todos os animais foram anestesiados profundamente e sacrificados. Avaliou-se histologicamente os pulmões de ambos os grupos quanto à presença de células inflamatórias, as alterações envolvendo os vasos sanguíneos, o aspecto do interstício e a mucosa respiratória.

Resultados. O infiltrado celular inflamatório apesar de ser maior no grupo HI, não apresentou valor estatístico significativo (P=0,50). As alterações envolvendo os vasos sanguíneos (degeneração intimal e atipias em células endoteliais) observadas em ambos os grupos foram similares (P=0,70). Os demais parâmetros analisados apresentaram aumento relevante do ponto de vista estatístico no grupo HI: espessamento intersticial (P=0,010) e linfocitose submucosa (P=0,010).

Conclusão. Estes resultados sugerem que a exposição à HI, simulando a AOS, induz o espessamento intersticial e estimula a inflamação na mucosa respiratória, este último fato já demonstrado sobre outros tecidos. Tais achados podem explicar parcialmente o impacto exercido pela AOS sobre o sistema respiratório.

Descritores. Apneia Obstrutiva do Sono, Hipóxia, Sistema Respiratório.

INFLUÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO COMPRIMENTO DOS TELÔMEROS DE LEUCÓCITOS, PESO AO NASCER E PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS EM ESCOLARES

Ana Maria Almeida Gouveia,^{1*} William Latosinski Matos,² Cézane Priscila Reuter,³ Andreia Rosane de Moura Valim,⁴ Pâmela Ferreira Todendi⁵

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Farmácia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do Departamento de Educação Física e Saúde. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Doutoranda em Patologia. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: anagouveia@mx2.unisc.br

Introdução. O leite materno é considerado pela comunidade científica coetânea um alimento completo, pois atende integralmente às necessidades nutricionais, metabólicas e imunológicas do lactente até os seis meses de vida. Os efeitos positivos sobre a saúde do recém-nascido não se restringem ao período neonatal, paralelamente os conhecimentos hodiernos no âmbito da epigenética vinculam intrinsecamente os futuros padrões antropométricos e bioquímicos de escolares com aleitamento materno.

Objetivo. O estudo intentou analisar a influência do aleitamento materno no comprimento dos telômeros de leucócitos (CTL), peso ao nascer e características antropométricas em escolares de Santa Cruz do Sul/RS.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal que incluiu a participação de 423 escolares de idades entre 7 e 17 anos, de ambos os sexos, sendo categorizado o tempo de aleitamento em menor ou igual a 4 e maior que 5 meses. O CTL relativo médio foi avaliado por PCR quantitativa aplicando o sistema SYBR Green PCR kit (Qiagen, Valencia, CA, USA) no aparelho StepOnePlus®. A amplificação das sequências de DNA telomérico (T) e do gene de cópia única hRPLPO (S) foi realizada em triplicata, compilando a média da relação T/S de cada amostra. A análise estatística foi realizada no software IMB® SPSS® (v. 20.0). A normalidade de distribuição foi definida pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), sendo utilizados os testes ANOVA e Mann-Whitney para comparar médias e medianas, respectivamente. A correspondência entre o aleitamento materno, o perfil antropométrico e CTL foi avaliada por análise de variância (UNIANOVA), ajustada por sexo e idade.

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

Resultados. Apresentaram associações significativas os participantes amamentados por um tempo maior que 5 meses para o percentual de gordura ($p=0,036$) e o Índice de massa corporal ($p=0,022$) em comparação aos sujeitos que foram amamentados por um período igual ou inferior a 4 meses. A associação entre tempo de aleitamento e o CTL não foi significativa, contudo o maior CTL foi associado ao menor peso ao nascer ($p=0,030$).

Discussão. A associação entre aleitamento materno e o risco de obesidade relata resultados bastante controversos. Alguns estudos contrapõem o encontrado neste trabalho, não denotando relação entre amamentação exclusiva por menos de 6 meses (TOSCHKE et al., 2007) e menos de 4 meses (HUUS et al., 2008) e o risco de obesidade. Enquanto outros estudos corroboram com os achados da presente pesquisa, por exemplo McCrory et al. (2012) observaram que o aleitamento reduziu de 38 e 51% no risco de obesidade na infância; uma meta-análise realizada em 12 países mostrou que a amamentação foi associada a um risco significativamente reduzido de obesidade em crianças (YAN et al., 2014). Ademais, a estratificação desta análise adotou como marco os 4 meses, pois é o tempo da licença maternidade no Brasil. Assim, autores sugerem que as discrepâncias nos resultados podem estar relacionadas às variações genéticas e ambientais das populações e os diferentes tamanhos amostrais (YAN et al., 2014). A redução no CTL, assim como neste trabalho, foi relacionada ao menor peso ao nascer em estudos anteriores (KAJANTIE et al., 2012; STROHMAIER et al., 2015).

Conclusão. Foi observado que o maior tempo de aleitamento materno está intrinsecamente ligado a melhores padrões antropométricos de escolares. O CTL correlaciona-se inversamente ao menor peso ao nascer.

Descritores. Aleitamento Materno, Antropometria, Telômeros, Escolares.

OS CINCO MOMENTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: "UMA ASSISTÊNCIA LIMPA É UMA ASSISTÊNCIA SEGURA"

Eduardo Signor Basso,¹ Barbara Spall,¹ Eduarda Stopiglia Roth,¹ Jennifer Karin De Lai,¹ Janine Koepp,² Mari Ângela Gaedke,² Daiana Klein Weber,² Janete Aparecida Alves Machado,² Eliane Carlosso Krummenauer,³ Marcelo Carneiro^{3,4}

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Hospital Santa Cruz, Rio

Grande do Sul, Brasil.

⁴ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: du.s.b@hotmail.com

Introdução. A higiene de mãos (HM) é a medida mais significativa para prevenir transmissão cruzada (TC) de microrganismos, sendo um componente da segurança do paciente. Porém, a falta de comprometimento dos profissionais de saúde (PS) é um dilema em todo o mundo apesar de ser uma responsabilidade de acordo com o código de ética profissional.

Objetivo. Analisar a adesão a HM dos PS nos 5 momentos padronizados, com a finalidade de reconhecer as fragilidades dessa prática e traçar estratégias educativas.

Metodologia. Estudo transversal construído por observações/acompanhamentos realizados três vezes por semana na UTI Adulto (10 leitos) de um Hospital em Santa Cruz do Sul, RS. Essas observações (turno manhã, tarde e noite) fazem parte da rotina de vigilância da HM da CCIH do hospital. Os produtos para HM estão disponíveis ao alcance das mãos e sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem a reposição. Todos os membros relacionados a assistência do paciente são passíveis de serem avaliados. Utilizou-se um formulário padronizado eletrônico (*Google forms*) com os "Cinco Momentos" que são: (1) antes do contato com o paciente, (2) antes da realização de procedimento asséptico, (3) após risco de exposição a fluidos corporais, (4) após contato com o paciente e (5) após contato com áreas próximas ao paciente. Os observadores foram estagiários de medicina do CCIH que receberam treinamento para a atividade. O observador, ao entrar na UTI, esperava pela primeira oportunidade assistencial para iniciar a coleta dos indicadores. Não foi avaliado a forma de HM. Utilizou-se estatística descritiva e foi calculada a taxa de adesão à HM.

Resultados. Foram analisadas 370 oportunidades para HM. Desse total, 42,7% não foram considerados momentos para HM e assim não avaliados. O índice de adesão para HM, na UTI Adulto, foi de 23,5% (50 momentos avaliados). O maior número de oportunidades observadas foi com a equipe de enfermagem, totalizando 235. A adesão foi de 17%; a equipe médica foi avaliada em 55 oportunidades com uma adesão de 40,7%; os outros PS totalizaram 75 oportunidades com uma adesão de 19,4%. A análise da adesão nos momentos de HM separadamente, observou-se: Momento 1 (antes do contato com o paciente) foi de 10,8%; no Momento 2 (antes da realização de procedimento asséptico) foi de 14,2%; no Momento 3 (após risco de exposição a fluidos corporais) foi de 31,8%; no Momento 4 (após o contato com o paciente) foi de 30,9%; e no Momento 5 (após contato com as áreas próximas ao paciente) foi de 22,2%. Separadamente, dos 34 técnicos de enfermagem analisados, 2,94% realizaram os 5 momentos da HM, 85,29%

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

não realizaram HM, 2,94% no momento 1, 8,82% nos momentos 4 e 5. Dos 3 médicos, não houve adesão ao protocolo (0%). Médicos Residentes, dos 7 observados, 14,28% realizaram os 5 momentos da HM, 71,42% não realizaram HM, 14,28% nos momentos 4 e 5. Entre os enfermeiros, 8 analisados, não houve adesão ao protocolo completo (0%) 75% não realizaram HM e 25% apenas nos momentos 4 e 5.

Discussão. Percebeu-se que a HM é negligenciada, principalmente após o contato com o paciente, o que induz a hipotetizar a preocupação do PS com sua própria saúde e um descomprometimento com a segurança do paciente. É crucial que estratégias educacionais a toda equipe, bem como entender os motivos da adesão tão baixa sejam imediatamente redirecionados e ampliados.

Conclusão. Sabendo que os profissionais possuem conhecimento sobre a eficácia da HM na prevenção de IRAS, a baixa adesão resulta de hábitos inadequados que precisam ser combatidos. Isso parte de uma alteração comportamental, mediada por ambiente de trabalho adequado, intervenção, fiscalização e mídias de auxílio. O objetivo é alterar o comportamento, e assim, gerar comprometimento em rede de atitudes positivas como taxas de adesão muito maiores.

Descritores. Higiene das Mãos, Transmissão Cruzada, Profissionais de Saúde, Segurança do Paciente, Unidade de Terapia Intensiva.

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TESTE DA ORELHINHA EM SANTA CRUZ DO SUL

Isabela Nizarala Antonello,^{1*} Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Bruna Tolfo de Oliveira,¹ Marie Louise Herberts Sehnm,¹ Paula Andreta Barros da Silva,² Vanessa Kapeel,² Bruna Rossato,² Deisi Britz,² Andresa Thier de Borba,³ Ingrid Wendland Santanna³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Fonoaudióloga. Centro de Diagnóstico de Otorrinolaringologia, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: isabela.antonello@gmail.com

Introdução. A triagem auditiva neonatal, realizada pelo teste de emissões otoacústicas evocadas (EOA), conhecida também como teste da orelhinha, permite o rastreamento da perda auditiva (PA) neurossensorial congênita. A hipoacusia neonatal ocorre de forma bilateral em até 5/1000 nascidos vivos, o que revela a importância da triagem. O fator de risco (FR) mais comumente associado a PA congênita é a icterícia, mas é necessário destacar que 50% dos casos de rastreamento positivo não apresentam FR para PA, o que justifica a necessidade da realização universal

da triagem. Até 20% dos casos há falha na testagem quando realizada nas primeiras 24 horas de vida, o que justifica a necessidade da realização do reteste ou de exames mais específicos.

Objetivo. Identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que realizaram o teste de EOA e observar a necessidade de testes e exames complementares em um centro especializado de Santa Cruz do Sul (SCS).

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo através da análise das fichas da triagem neonatal realizada em uma clínica de SCS. Foram incluídos os pacientes que realizaram a testagem entre 01/04/2018 e 25/09/2018. A normalidade dos dados foi testada através do teste de Kolmogorov-Sminorv no software IBM SPSS Statistics Base 22.0.

Resultados. Dos 260 pacientes atendidos, 119 (45,6%) eram do sexo feminino e 142 (54,4%) do sexo masculino. A idade gestacional variou de 25 a 42 semanas, com mediana de 38 semanas (IIQ 38-39), dos quais 24 (9,3%) eram prematuros, sendo 5 (20,83%) prematuros extremos. O peso ao nascimento variou de 680 a 4845g, com mediana de 3295g (IIQ 3010-3620). Da amostra, 30 (11,5%) pacientes apresentaram algum FR, desses 17 (56,66%) apresentaram 1 FR, os demais apresentaram pelo menos 2 FR. Com relação aos FR, 12 (40%) utilizaram medicamentos ototóxicos, 11 (36,66%) estiveram em UTI/UCI por mais de 5 dias, 10 (33,33%) necessitaram ventilação mecânica por mais de 5 dias, 9 (30%) apresentaram história familiar positiva, 7 (23,33%) apresentaram icterícia, 4 (13,33%) nasceram com peso <1500g e, em menor porcentagem, infecção congênita ou hidrocefalia. As EOA no ouvido direito estiveram ausentes em 7 pacientes (2,69%) e, no ouvido esquerdo, ausentes em 9 (3,46%), já o reflexo cócleo-palpebral, ausente em apenas 1 paciente. 16 pacientes (6,15%) submeteram-se ao reteste. Como conduta, 26 (10%) pacientes foram encaminhados para realização do BERA, 1 paciente ao otorrinolaringologista (ORL) e a imitanciometria.

Discussão. Nesse estudo se observa que não há predomínio entre sexo e que a idade gestacional é variável, assim como o peso ao nascimento. Uma pequena porcentagem dos pacientes necessitou de exames complementares ou de avaliação com ORL e um número ainda menor necessitou da realização de um reteste. O FR mais frequente em nossa amostra foi o uso de medicamentos otóxicos, o que difere da literatura, que descreve como principal FR a icterícia.

Conclusão. A triagem neonatal para PA permite sua detecção logo após o nascimento e leva a intervenção precoce em pacientes com deficiência auditiva congênita. Assim, possibilita uma melhor aquisição de linguagem e desempenho educacional, visto que essas alterações são detectadas muito antes das crianças apresentarem sinais e sintomas de PA. Mais estudos são necessários para melhor identificar o perfil das crianças com rastreamento alterado.

TRABALHOS

Descritores. Triagem Neonatal, Perda Auditiva Neurosensorial, Programas de Rastreamento, Surdez, Recém-Nascido.

PREVALÊNCIA DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM USUÁRIOS DE IBPS EM UM AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA

Helena Wagner Dini,^{1*} Marie Louise Herberts Sehnem,¹ Caroline Pretto Sauter,¹ Bruna Tolfo de Oliveira,¹ Fernanda de Souza Machado,¹ Fernanda Foschiera Mognol,¹ Marcelle De La Rocha Paschoal,¹ Natália Maron,¹ Walter Augusto Molz,¹ Candice Franke Krumel²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: leladini@hotmail.com

Introdução. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é a condição que se desenvolve quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas ou complicações, os quais comprometem de forma significativa a qualidade de vida dos seus portadores. É uma das mais importantes afecções digestivas, tendo em vista as elevadas e crescentes incidências da doença. Atualmente as drogas de primeira escolha no tratamento da DRGE são os inibidores de bomba de prótons (IBP).

Objetivo. O estudo objetiva verificar dados de prevalência em relação à DRGE e o uso de IBPs de pacientes em acompanhamento entre 2010 e o primeiro semestre de 2018 em um ambulatório acadêmico de gastroenterologia e comparar os resultados com a literatura.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de natureza quantitativa através da análise de prontuários de 498 pacientes que receberam atendimento em um ambulatório de gastroenterologia entre 2010 e o primeiro semestre de 2018. Os dados foram computados em planilhas do Excel, em seguida foram calculados dados de prevalência em relação à DRGE e o uso de IBPs. Os resultados obtidos foram comparados com a literatura.

Resultados. Dentre os 498 pacientes do ambulatório, 225 eram usuários de IBPs, desses, 126 possuíam DRGE. A prevalência da DRGE foi de 25% em relação ao total de pacientes, e a prevalência da DRGE entre os usuários de IBPs foi de 56%. Dos pacientes com a doença, 94 eram do sexo feminino (75%). Em relação às faixas etárias, 11 pacientes tinham até 25 anos (8,7%); 47 entre 26 e 51 anos (37,3%); 54 entre 50 e 70 anos (42,8%) e 14 pacientes com mais de 69 anos (11,11%).

Discussão. A DRGE é a afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o es-

ôfago e/ou órgãos adjacentes. As manifestações clínicas consideradas típicas da DRGE são pirose e regurgitação. As taxas de prevalência de DRGE são, principalmente em países ocidentais, quase sempre elevadas. Ainda que as complicações da doença não sejam frequentes, constituem-se, pela elevada prevalência da doença, tema de relevância nas questões de saúde pública. Na Espanha, estudo de 2004 identificou prevalência de 31,6% de DRGE ao ano; no Brasil de 48,2% em 2001; e na cidade de Pelotas, estudo do ano de 2000, encontrou prevalência de 31,3%, quanto ao sexo, a prevalência foi bem mais elevada entre as mulheres, e verificou-se uma relação direta de aumento das taxas de prevalência conforme aumentava a faixa etária dos indivíduos, porém, para os indivíduos acima de 69 anos, observou-se redução importante. Os IBPs são os medicamentos mais eficazes no alívio dos sintomas e mais comumente usados na DRGE. Porém, a maior preocupação do uso contínuo é com os efeitos a longo prazo, como o desenvolvimento de câncer gástrico. Assim, o tratamento exige elevada dose de disciplina, pois ele deve ser associado às restrições alimentares e de hábitos de vida para que se reduza a necessidade de uso do medicamento.

Conclusão. A DRGE tem alta prevalência no serviço de gastroenterologia, bem como entre os pacientes usuários de IBP, sendo que os resultados obtidos foram próximos aos valores de estudos em países ocidentais. Esses fatos, além das possíveis complicações que comprometem a qualidade de vida dos pacientes e da dificuldade da disciplina no tratamento com os IBPs, a DRGE deve ser considerada como um foco de grande atenção entre os profissionais de saúde.

Descritores. Prevalência, Refluxo Gastroesofágico, Inibidores da Bomba de Prótons.

PREVALÊNCIA DE PRÉ-ECLÂMPSIA/ ECLÂMPSIA RELACIONADA À OBESIDADE NA GESTAÇÃO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DE SANTA CRUZ DO SUL

Janaína Hartmann Blank,^{1*} Anelise da Silva Machado da Luz,¹ Júlia Tonin,¹ Larissa Lenz Kniphoff da Cruz,¹ Lília-
ne Letícia Possa,¹ Manoela Goergen Mueller,¹ Marina
Tavares Ferreira,¹ Lia Possuelo,² Leandro Luís Assmann²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: janainablank@hotmail.com

Introdução. Um adequado ganho de peso e um bom estado nutricional materno são fatores indispensáveis para uma gravi-

TRABALHOS

dez saudável. A obesidade aumenta a incidência de doenças gestacionais, incluindo pré-eclâmpsia (PE) e eclâmpsia, as quais possuem repercussões significativas sobre a saúde materna. Os principais fatores de risco são: história prévia ou familiar, raça negra, obesidade e hipertensão crônica.

Objetivo. Analisar a prevalência de pacientes que desenvolveram PE/eclâmpsia e a relação dessa síndrome hipertensiva específica da gestação com o peso inicial de gestantes atendidas em um serviço de obstetrícia de Santa Cruz do Sul.

Metodologia. Estudo transversal, com entrevistas a 444 puérperas que realizaram o parto em um serviço de obstetrícia de Santa Cruz do Sul, no período de 2016 a 2018. A análise e o processamento dos dados foram realizados com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para a obtenção do índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional utilizou-se a seguinte equação: massa (kg) / altura (m²). A classificação foi estabelecida de acordo com a Organização Mundial da Saúde, segundo os valores de referência, IMC < 18,5kg/m² (baixo peso), entre 18,5 e 24,9kg/m² (eutrófico), entre 25,0 e 29,9kg/m² (sobrepeso) e ≥ 30kg/m² (obesidade).

Resultados. Foi observado que das 444 gestantes, 129 apresentaram doenças gestacionais. Dentre essas, 19 desenvolveram PE, sendo que 1 evoluiu para eclâmpsia e outra para Síndrome de Hellp. Das gestantes que desenvolveram PE, apenas 3 relataram história prévia; 12 declararam-se brancas e as demais como não brancas. Em relação ao IMC, 36,8% eram eutróficas; 21% tinham sobrepeso e 42,1% eram obesas.

Discussão. Os distúrbios hipertensivos da gestação são a maior causa de morte materna no Brasil, responde cerca de 35% dos casos. A PE pode ocorrer de 3-14% das gestações, sendo a forma leve a mais prevalente. A PE é uma desordem multissistêmica específica da gestação e do puerpério, tratando-se de um distúrbio relacionado à placenta. Ela se refere ao aparecimento de hipertensão arterial sistêmica e proteinúria em gestações após 20 semanas, sendo o seu diagnóstico clínico/laboratorial. No estudo, a prevalência de doenças gestacionais foi de 29,1%, sendo 4,1% de PE isolada. Os números encontrados estão de acordo com a estimativa presente na literatura. Aproximadamente, 65% das mulheres com PE apresentavam sobrepeso ou obesidade no início da gestação, corroborando a predisposição dessas pacientes desenvolverem PE. De acordo com a revisão literária, mulheres negras têm 79% de chance a mais de desenvolver PE em comparação com outros grupos étnicos. Na amostra do estudo, encontrou-se um número maior de mulheres caucasianas com PE. Tal achado se contrapõe à literatura, provavelmente por um viés relacionado à população local ser predominantemente de origem caucasiana.

Conclusão. Em suma, o estudo realizado demonstrou que a prevalência de PE entre as gestantes atendidas encontra-se dentro do intervalo previsto na literatura, e, além disso,

evidenciou-se, a relação entre PE e obesidade. Sendo assim, reforça-se a importância da realização de um pré-natal de qualidade, identificando-se mulheres com potenciais gestações de alto risco, de modo que elas sejam orientadas adequadamente sobre os riscos da gestação e como conduzi-la. A mudança de estilo de vida deve ser incentivada em todas as consultas de pré-natal a fim de minimizar um fator de risco modificável para PE.

Descritores. Pré-eclâmpsia, Gestação, Obesidade, Prevalência.

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E DE OBESIDADE EM GESTANTES: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DE SANTA CRUZ DO SUL

Liliane Letícia Possa,^{1*} Marina Tavares Ferreira,¹ Larissa Lenz Kniphoff da Cruz,¹ Anelise da Silva Machado da Luz,¹ Manoela Goergen Mueller,¹ Janaína Hartmann Blank,¹ Júlia Tonin,¹ Leandro Luís Assmann,² Lia Possuelo²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: lilianepossa@gmail.com

Introdução. O aumento de peso é um grave problema de saúde pública, cuja prevalência vem aumentando progressivamente. A obesidade é definida como uma síndrome metabólica crônica e multifatorial, advinda de um desequilíbrio entre a alimentação e o gasto calórico. Assim, o sobrepeso e a obesidade em grávidas aumentam o risco de complicações gestacionais e perinatais, por isso, quando associada à gestação, torna-se um assunto de elevada relevância, pois predispõem a gestante e o seu concepto a uma maior incidência de morbimortalidade.

Objetivo. O presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência de pacientes gestantes com sobrepeso ou com obesidade de um serviço de obstetrícia em Santa Cruz do Sul.

Metodologia. Estudo transversal retrospectivo, por meio de questionário aplicado a 444 gestantes que realizaram o parto em um serviço de obstetrícia de Santa Cruz do Sul, no período de 2016 a 2018. Foram excluídas da amostra pacientes que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou que iniciaram o pré natal após 16 semanas de gestação. Considerou-se obesidade o IMC > 30, sobrepeso IMC entre 25 e 30, peso adequado IMC entre 19 e 25, e baixo peso IMC < 19. A análise e o processamento dos dados foram realizados com o programa SPSS. Os resultados foram comparados com a literatura.

Resultados. Das 444 pacientes entrevistadas após a realização do parto constatou-se que ao início da gestação 103 pacientes apresentavam obesidade (23,2%), 125 pacientes

TRABALHOS

sobrepeso (28,2%), 202 pacientes peso adequado (45,5%), 13 pacientes baixo peso (2,9%) e 01 paciente não sabia informar (0,2%). Dessa forma, o percentual de gestantes no serviço acima do peso adequado foi de 51,4%.

Discussão. O excesso de peso - sobrepeso/obesidade - apresenta elevada prevalência em todo o mundo, sendo mais significativa nos países ocidentais e em desenvolvimento. Com a elevação da prevalência na população em geral, evidenciou-se também aumento significativo na prevalência da obesidade e do sobrepeso em gestantes. O excesso de peso em gestantes, por sua vez, aumenta a incidência de diabetes mellitus gestacional, de hipertensão arterial sistêmica, além de elevar a chance de ocorrência de abortamentos, de parto cesariana, de trabalho de parto prolongado e de tromboembolismo. Assim como nas gestantes, o sobrepeso e/ou a obesidade materna podem propiciar eventos adversos para a criança; entre as alterações mais relatadas na literatura tem-se a macrossomia, as malformações fetais, o ligeiro declínio do escore de Apgar, a mortalidade perinatal, o risco de obesidade e de diabetes mellitus no futuro. Por conseguinte, as gestantes necessitam um acompanhamento nutricional objetivando melhora na promoção de saúde e prevenção de doença. Diferentemente desse estudo, em que 51,4% das gestantes apresentavam-se em estado de sobrepeso ou obesidade, em um estudo, realizado no Rio de Janeiro de 1999 a 2006, em gestantes de um serviço público, apenas 24,5% das gestantes estavam acima do peso.

Conclusão. O estudo demonstrou que a prevalência de gestantes em sobrepeso ou obesidade foi superior ao descrito na literatura comparada. A prevalência de excesso de peso no serviço analisado foi superior a metade das pacientes atendidas, logo, torna-se evidente a importância de intervenções visando reduzir a morbimortalidade materna e fetal, visto que o excesso de peso exerce elevado impacto negativo na qualidade de vida da gestante e de seu conceito.

Descritores. Obesidade, Sobrepeso, Gestação, Prevalência.

PREVALÊNCIA E PERFIL DOS USUÁRIOS DE INIBIDORES DA BOMBA DE PRÓTONS EM UM AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Marie Louise Herberts Sehnem,^{1*} Helena Wagner Dini,¹ Caroline Pretto Sauter,¹ Marcele De La Rocha Paschoal,¹ Bruna Tolfo de Oliveira,¹ Natália Maron,¹ Fernanda de Souza Machado,¹ Fernanda Foschiera Mognol,¹ Walter Augusto Molz,¹ Candice Franke Krumel²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: mariesehnem@gmail.com

Introdução. Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) são considerados os mais eficientes inibidores da secreção do ácido clorídrico disponíveis no mercado, uma vez que são custo-efetivos, de fácil acesso e têm baixo índice de intolerância. Pela relativa segurança e poucos efeitos adversos, seu uso tem apresentado crescimento progressivo, relacionado a maior prevalência de doenças do trato gastrointestinal superior. **Objetivo.** Analisar a prevalência e o perfil dos usuários de medicamentos da classe dos IBPs em acompanhamento em um ambulatório de gastroenterologia na cidade de Santa Cruz do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, entre 2010 e o primeiro semestre de 2018.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal e retrospectivo, analisando o prontuário dos 498 pacientes que receberam atendimento em um ambulatório de gastroenterologia entre 2010 e o primeiro semestre de 2018. Foram selecionados os pacientes que já fizeram uso ou estão em tratamento com IBPs, sendo as variáveis consideradas o sexo, a faixa etária, o diagnóstico que justifica o emprego dessa classe farmacológica e os tipos de IBPs por eles utilizados. Para formar o banco de dados e realizar a análise estatística foi utilizado o Microsoft Excel.

Resultados. Dos 498 pacientes atendidos no ambulatório no período determinado, 45,18% fizeram ou estão em uso de IBPs, totalizando 225 pacientes. Destes, 72,44% são do sexo feminino, e 27,56% do sexo masculino. A faixa etária com maior número de indivíduos com uso prévio ou em terapêutica com IBPs é a entre 46 e 65 anos, totalizando 52,44%. 7,11% tem até 25 anos, 22,67% entre 26 e 45 anos e 17,78% tem 66 anos ou mais. Entre os diagnósticos mais frequentes, 56% justificavam o uso de IBPs por doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), 22,2% por dispepsia e 8,88% por úlcera péptica. O Omeprazol é o IBP mais frequentemente empregado, sendo utilizado por 92% dos atendidos no ambulatório. 19,11% dos pacientes fizeram uso de Pantoprazol, 4,44% ingeriram Lansoprazol e apenas 0,44% necessitaram de Esomeprazol.

Discussão. Os IBPs são fundamentais para a erradicação de *Helicobacter pylori*, alívio da pirose provocada pela doença do refluxo gastroesofágico, profilaxia de úlceras pépticas, tratamento de dispepsia funcional, dentre outras indicações. Na maioria das situações, entretanto, seu uso é necessário por tempo prolongado, possibilitando a ocorrência de efeitos colaterais e interações medicamentosas, alterando a forma de absorção de diversos fármacos e metabolização pelo citocromos P450. Ao Omeprazol, quando comparado aos demais IBPs, é creditado um maior potencial para interações com

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

demais medicamentos, como antipsicóticos, antidepressivos, anticoagulantes e anti-hipertensivos. Usuários de IBPs, especialmente os de longa data, estão também sujeitos a maior possibilidade de disbiose intestinal - uma vez que o crescimento da microbiota intestinal é favorecido pela supressão ácida - e infecções intestinais graves, como por *Clostridium difficile*, justificando e corroborando com as recentes campanhas que incentivam o uso racional dessa classe farmacológica.

Conclusão. O advento dos IBPs proporcionou melhor efetividade no tratamento de diversas patologias gástricas, sendo empregado também de forma empírica, por prescrição ou automedicação. A alta prevalência no uso de IBPs, contudo, alerta também para a necessidade de racionamento de seu uso, visto que são diversas e obscuras suas consequências a longo prazo.

Descritores. Inibidores da Bomba de Prótons, Omeprazol, Refluxo Gastroesofágico, Dispepsia, Úlcera Péptica.

TEMPO DE TELA EM ASSOCIAÇÃO AO RISCO DE OBESIDADE EM CRIANÇAS

Pâmela de Souza Matos,^{1*} Ana Maria Almeida Gouveia,¹ Beatriz Dornelles Bastos,¹ Letícia Barbian,² Juliana Fontoura,² Fabiana Asmann Poll,³ Marília Dornelles Bastos⁴

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmica do curso de Nutrição. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Nutrição. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: pamedsm@gmail.com

Introdução. A obesidade é um problema de saúde pública, posto que é uma epidemia de etiologia multifatorial, sendo associada a fatores genéticos, culturais e ambientais. O balanço energético positivo excessivamente calórico somado ao sedentarismo são os fatores que mais influenciam na prevalência dessa doença. No período da infância, o sedentarismo precoce é fortemente influenciado pelo acesso facilitado aos atrativos do ciberespaço. Assim, o elevado tempo em frente às telas, associado à alimentação desequilibrada, pode predispor ao risco de sobrepeso e, futuramente, à obesidade. Dessa forma, os hábitos comportamentais e alimentares na infância têm reflexos claros no risco de sobrepeso e obesidade.

Objetivo. Avaliar a relação entre o tempo de tela e a classificação nutricional quanto ao risco de sobrepeso e obesidade.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal que incluiu a participação de 93 crianças, de idades entre 9 meses e 15 anos, de ambos os sexos, sendo categorizado a partir de informações coletadas durante os atendimentos realizados no

ambulatório de prevenção e tratamento de obesidade infantil. Realizou-se o escore Z do Índice de massa corporal (IMC) com o software desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde - WHO AntroPLUS. A análise estatística foi feita no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Os dados qualitativos foram expressos em frequência (%) e os dados quantitativos em mediana e percentis. A verificação da relação do tempo de tela, idade e obesidade foi avaliada em escore Z, pelo teste Mann-Whitney. O ajuste para sexo foi realizado pelo teste de correção de continuidade de Yates. Sendo considerado significativo $p \leq 0.05$.

Resultados. Na estratificação por gênero, 58,1% dos indivíduos eram do sexo masculino, com mediana de idade de 9 anos. Na classificação nutricional, 5,4% eram eutróficos, 5,4% com risco de sobrepeso, 36,6% com sobrepeso e 52,7% eram obesos. A mediana do escore Z foi de +3.03 (IQ25-75% 2,58-3,92). A mediana do tempo de tela para ambos os sexos foi de 3 (IQ25-75% 2-5) horas, não sendo encontrada relação significativa entre o tempo de tela e o IMC encontrado ($p=0,258$).

Discussão. A relação entre o tempo de tela e o risco de sobrepeso apresenta na literatura resultados bastante controversos. Do mesmo modo que estudos mostram que a prevalência de excesso de peso associa-se significativamente com o tempo de tela superior a 4 horas diárias (VASCONCELLOS, et al., 2013). Há estudos que, assim como este, não encontraram resultados significativos para um tempo de tela igual ou inferior a 3 horas diárias e, paralelamente, relacionando esse tempo ao menor risco de obesidade (PROCTOR et al., 2003). Ademais, segundo Lucena (2015) existem evidências que associam positivamente o tempo de tela com o excesso de peso corporal; porém, os estudos podem variar de acordo com o delineamento e a medida de comportamento sedentário da população analisada.

Conclusão. A pequena variação de IMC entre os indivíduos da população analisada, somado à uma mediana relativamente baixa de tempo de tela pode ter influenciado na não significância de dados. Mesmo assim, reitera-se que o sedentarismo causado pelo excesso de tempo de tela pode estar intimamente associado ao risco de obesidade infanto-juvenil.

Descritores. Criança, Sedentarismo, Obesidade.

TUBERCULOSE EM MENORES DE UM ANO: UM RETRATO EPIDEMIOLÓGICO DA SITUAÇÃO NO BRASIL

Alice de Moura Vogt,^{1*} Jaqueline Brivio,¹ Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Adriano da Silva Dutra,¹ Angélica Brugnera Benvegnú,¹ Maira Maccari Strassburger,¹ Tássia Callai,¹ Viviane Martins Sassi,¹ Tatiana Kurtz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do

TRABALHOS

Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² *Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

*Contato: alicemv@mx2.unisc.br

Introdução. A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e transmitida pela via respiratória em praticamente a totalidade dos casos.¹ Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que o Brasil está entre os 22 países com maior número de casos de TB, sendo responsável por 82% dos casos mundiais e 75% dos casos envolvendo crianças.^{2,3} O grande desafio relacionado à TB infantil é o seu diagnóstico, dificultado pela ausência de um exame que possa ser considerado padrão-ouro.³ Com base nisso observa-se que a literatura carece de dados referentes a epidemiologia da TB, em especial no que se trata dos casos de TB na infância.

Objetivo. Realizar uma avaliação epidemiológica da TB em menores de 1 ano de idade no Brasil.

Metodologia. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo com dados secundários oriundos do DATASUS. Foram avaliados os casos de TB em crianças menores de 1 ano de idade e separados de acordo com a etnia declarada, macrorregião registrada e local de acometimento. Foram analisados os casos notificados entre os anos de 2010 e 2017 em todo o Brasil.

Resultados. Entre os anos de 2010 e 2017 foram registrados 2.963 casos de TB, dos quais 1.169 (39,45%) foram registrados na região Nordeste, 733 (24,74%) na região Sudeste, 427 (14,41%) na região Norte, 418 (14,10%) na região Sul e 216 (7,30%) na região Centro-Oeste. Os estados com maiores números de casos foram o Rio de Janeiro, com 534 casos; Pernambuco, com 336 casos; Bahia, com 324 casos e Rio Grande do Sul, com 243 casos. Os demais estados não apresentaram mais que 200 casos. Com relação à forma de acometimento dos casos registrados, 2.395 (80,83%) eram de TB pulmonar, 450 (15,19%) de TB extrapulmonar e 118 (3,98%) de TB pulmonar em associação com TB extrapulmonar. Com relação aos casos de TB extrapulmonar os tipos mais frequentes foram a ganglionar, com 136 casos, seguida da meningoencefálica, com 101 casos; miliar, com 50 casos e óssea, com 20 casos. Com relação à etnia houve um predomínio de crianças declaradas como pardas, havendo 674 casos registrados em crianças pardas no Nordeste, 280 no Norte, 266 no Sudeste e 86 no Centro-Oeste. Em contrapartida, na região Sul o predomínio foi de crianças declaradas como brancas, com registro de 291 casos.

Discussão. Um estudo realizado em 2006 revelou que a região com maior número de casos de TB foi a região Sudeste, sendo São Paulo o estado com mais casos, seguido do Rio de Janeiro, da Bahia, de Minas Gerais e de Pernambuco. Esses dados se contrapõem com os encontrados no presente estudo, no qual

se evidenciou a região Nordeste como a região com maior número de casos e o Rio de Janeiro como o estado com mais casos, seguido por Pernambuco e pela Bahia. Assim com o relatado em outros trabalhos semelhantes, neste estudo houve predomínio da forma pulmonar da TB.

Conclusão. Com isso, observa-se uma mudança no padrão de distribuição geográfica dos casos de TB, possivelmente devido ao fato de que as ações, instituídas pelo Ministério da Saúde, com o intuito de diminuir o número de casos, são direcionadas aos locais com maior número de casos. Foi um fator limitante desse estudo a escassez de literatura que abordasse as questões epidemiológicas da TB na infância. Portanto, se faz necessário mais estudo neste âmbito, para que se conheça melhor sobre o perfil das crianças acometidas pela doença.

Descritores. Tuberculose, Pediatria, Doenças Transmissíveis, Epidemiologia Descritiva.

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR E ASSOCIAÇÃO COM HIV NO RIO GRANDE DO SUL E NO BRASIL: OS DESFECHOS NOS ÚLTIMOS DEZESSEIS ANOS

Alice Lopes de Almeida,¹ Thiago Luiz Marini,¹ Marcelo Carneiro²

¹ *Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

² *Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

*Contato: alice.lopesdealmeida@gmail.com

Introdução. A tuberculose, doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, caracteriza sério problema de saúde pública no Brasil, sendo o Rio Grande do Sul um dos estados com maiores frequências da doença. Segundo o Ministério da Saúde, a tuberculose é a principal causa de morte entre pessoas que vivem com HIV/aids, evidenciando-se uma taxa de óbito na coinfeção de 20%. Apesar de a forma pulmonar apresentar-se como a mais comum, a doença pode acometer qualquer órgão, tendo sido a ocorrência de tuberculose extrapulmonar correspondente a um total de 16,4% dos casos no Brasil, no período de 2001 a 2017, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Nesse contexto, reitera-se que as apresentações extrapulmonares da tuberculose têm sua ocorrência aumentada entre pacientes com HIV/aids, especialmente entre aqueles com imunocomprometimento grave. Logo, o advento da epidemia HIV/aids nos países endêmicos para tuberculose, incluindo o Brasil, tem acarretado aumento significativo das formas extrapulmonares da doença. Segundo dados do ministério da saúde, estima-se ainda que, no Brasil, embora a oferta de testagem para o

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

HIV seja de aproximadamente 70%, apenas cerca de 50% têm acesso ao seu resultado em momento oportuno, sendo frequente a descoberta da soropositividade durante o diagnóstico de tuberculose.

Objetivos. O presente estudo objetiva descrever a prevalência de tuberculose extrapulmonar e a associação de sua ocorrência com HIV/aids no estado do Rio Grande do Sul e no Brasil.

Metodologia. O estudo ecológico analisa agregados de série temporal entre 2001 e 2017, dispostos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), contemplando dados de prevalência de tuberculose extrapulmonar (TBEP) e de coinfeção com HIV. Foram considerados casos de TBEP todas as ocorrências dessa, inclusive nas formas extrapulmonar e pulmonar associadas.

Resultados. Os dados gaúchos evidenciaram um padrão elevado de tuberculose extrapulmonar em relação aos casos totais de tuberculose isolada, se comparados aos dados brasileiros (16,4%) no período, obtendo-se neste estudo uma prevalência de 21,2% no estado do Rio Grande do Sul. Outrossim, o percentual de coinfeção com HIV nos casos de tuberculose extrapulmonar foi de 21,3% no Brasil e de 39,5% no Rio Grande do Sul, sendo os casos de tuberculose extrapulmonar sem coinfeção com HIV correspondentes a 42% e 41,4%, e os que não realizaram o teste a 36,7% e 19,1%, no Brasil e no RS, respectivamente.

Discussão. Os resultados demonstraram uma ocorrência elevada de tuberculose extrapulmonar no estado do Rio Grande do Sul, sendo a coinfeção com HIV ainda mais importante, se comparada com os dados brasileiros. Tais achados evidenciam a presença de HIV como um importante fator predisponente para manifestações extrapulmonares da tuberculose no estado, denotando um comportamento preocupante do HIV na localidade, com consequente aumento da morbimortalidade dos doentes.

Conclusão. Sob essa perspectiva, aponta-se para a possibilidade de potencial redução na incidência de manifestações extrapulmonares da tuberculose se uma diminuição dos índices de HIV/aids ocorrer no estado do RS. Ademais, o estudo permite antever resultados e impulsionar a realização de pesquisas para o estabelecimento do perfil epidemiológico da TBEP e do HIV no estado do Rio Grande do Sul.

Descritores. Tuberculose, Epidemiologia, Infecções por HIV.

UROLITÍASE: UMA ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Júlia de Moraes Costa,^{1*} Ana Carolina Milán Rodriguez,¹ William Luís Knebel Michael,¹ Camila Nunes Venâncio Pasetto,¹ Raíssa Casanova Vilaverde Gomes,¹ Raquel Hamerski Mizdal,¹ Gustavo Biondo,¹ Claus Dieter Dummer,² Paulo Roberto Laste²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: jmcosta@mx2.unisc.br

Introdução. A urolitíase consiste na presença de cálculos no sistema urinário, sendo causa frequente de consultas na emergência. A doença sintomática ocorre em aproximadamente 13% dos homens e 7% das mulheres, e o risco de recidiva em 10 anos é de 50%. Além disso, apresenta uma incidência maior dos 20 aos 50 anos. Normalmente, a conduta inicial é conservadora, mas, em alguns casos, o tratamento cirúrgico se faz necessário. A doença pode acometer qualquer segmento do ureter. Quando possuem ≤ 4 mm de diâmetro, a maioria dos cálculos é eliminada espontaneamente. Em cálculos com diâmetro ≥ 5 mm esta possibilidade progressivamente diminui. Já aqueles ≥ 10 mm são improváveis de serem expelidos, não respondendo ao tratamento de terapia expulsiva, necessitando de cirurgia.

Objetivo. Traçar um perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a ureterolitotripsia no tratamento de cálculos ureterais em um hospital no interior do Rio Grande do Sul.

Metodologia. Através de um estudo descritivo, realizou-se uma análise retrospectiva de 297 pacientes portadores de cálculos renais submetidos a intervenção urológica, no período de janeiro de 2016 a setembro de 2018. Foram avaliados sexo, idade, métodos diagnósticos de imagem, diâmetro dos cálculos, localização, uso de cateter duplo J, uso do laser, ureteroscópio rígido ou flexível e uso da profilaxia antimicrobiana. Os resultados serão comparados com a literatura.

Resultados. Dos 297 casos, a média etária foi de 44,9 ($\pm 14,9$) anos. Em relação ao sexo, 195 (66%) são homens e 102 (34%) mulheres. Do total, 119 (41%) pacientes realizaram ecografia de vias urinárias, e 223 (76%) tomografia computadorizada (TC). A média do diâmetro dos cálculos foi de 7,7 ($\pm 3,6$) mm. Quanto à localização, 59 (20%) estavam no ureter superior; 50 (17%) no ureter médio e 182 (61%) no inferior, sendo que 4 casos apresentaram litíase em dois segmentos diferentes. Da totalidade de cálculos, 150 (51%) apresentavam-se à direita. Dos pacientes, 252 (85%) submeteram-se a passagem do cateter duplo J, 183 (62%) necessitaram do uso do laser; 7 (2%) de ureteroscópio flexível e 294 (99%) de ureteroscópio rígido. Todos os pacientes realizaram profilaxia com cefazolina sódica.

Discussão. A maioria dos cálculos ocorreu em homens, com média de idade de, aproximadamente, 45 anos. A TC foi realizada em 76% dos casos, que é o exame padrão ouro na investigação de litíase renal. Cálculos com ≥ 5 mm estão associados a uma passagem espontânea diminuída, sendo a média de diâmetro dos casos definida em 7,7 mm. A maioria dos cálculos estava localizada no ureter terminal. Os cálculos

TRABALHOS

los se localizavam em ambos ureteres na mesma proporção. A profilaxia com antibiótico é indicada por ser uma cirurgia potencialmente contaminada. As evidências apontam para uma redução das complicações com a utilização do cateter duplo j, corroborando o seu uso em 85% dos casos. Ocorreu uso quase exclusivo de ureteroscópio rígido.

Conclusão. Pode-se constatar que o perfil epidemiológico dos

pacientes submetidos a ureterolitotripsia coincide com os dados da literatura. Atualmente os procedimentos urológicos tornaram-se minimamente invasivos e com elevado grau de resolução. Cabe ressaltar a necessidade de individualizar o tratamento, pois cada tipo de cálculo demanda uma abordagem específica.

Descritores. Ureterolitíase, Perfil de Saúde, Litíase, Cirurgia.

Categoria: Relato de Caso

A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADE SEMIOLÓGICAS

Laura Marchet de Antoni,^{1*} Kauna Gemelli,¹ Carolina Czegelski Duarte,¹ Joana Weschenfelder Porn,¹ Marina Weber do Amaral,¹ Victoria Magni Bachinski,¹ Renata Wetzel Vieira,¹ Paula de Castro Sanchez,¹ Natalia Betina Bublitz,² Dennis Baroni Cruz³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmica do curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: laura4@aluno.unisc.br

Introdução. O exame clínico, caracterizado pela anamnese e pelo exame físico, é a principal ferramenta para obter a resolução da maioria das consultas na Atenção Primária, devendo as habilidades semiológicas serem ensinadas e revisitadas com frequência. A inserção dos estudantes de Medicina nas atividades práticas na Atenção Primária é capaz de ajudá-los a desenvolver raciocínios hipotético-dedutivos.

Objetivo. Relatar a experiência discente referente ao atendimento no ambulatório da Liga de Medicina de Família e Comunidade (LAMFC) junto ao Serviço Integrado de Saúde (SIS) localizado no campus universitário.

Descrição do caso. Duas alunas no terceiro semestre do curso de Medicina participaram durante o primeiro semestre de 2018 de consultas no ambulatório da (LAMFC). Este ocorria semanalmente no turno vespertino-noturno, sendo atendidos quatro pacientes por encontro. A prática ambulatorial era su-

pervisionada por um professor do curso de Medicina, com especialização em Medicina de Família e Comunidade. Com o seu auxílio, as acadêmicas praticaram as habilidades adquiridas durante o terceiro semestre na área modular de Semiologia Médica.

Discussão. Não raro, a angústia, insegurança, ansiedade e dúvida acompanham as consultas clínicas dos estudantes que estão iniciando a prática da anamnese e do exame físico. Tendo isso em vista, a oportunidade de aplicar o conhecimento adquirido na disciplina de Semiologia nos Ambulatórios de Atenção Primária no SIS foi de suma importância para aprender a lidar com pacientes e amadurecer perante essa conduta indispensável. Por isso, a habilidade prática disponibilizada pela LAMFC foi um o auxílio positivo no que tange a aproximação do conteúdo com a realidade social do paciente e de suas queixas. Durante as consultas foi necessário aplicar a teoria semiológica (entrevista), a qual resultava em questionamentos os quais eram abordados durante a discussão dos casos entre o professor e as demais integrantes da LAMFC, sendo exercida a construção do conhecimento de forma integrada e dinâmica. A inserção precoce do acadêmico na Atenção Primária possibilitou o esclarecimento de suas dúvidas acerca da técnica, da comunicação, da abordagem e da habilidade em relação aos raciocínios hipotético-dedutivos, fortalecendo, assim, o vínculo e a construção da relação médico-paciente.

Conclusão. A experiência das atividades Ambulatório da LAMFC foi de grande importância ao desenvolvimento das habilidades semiológicas e ao aperfeiçoamento da sua técnica. Sabe-se que a prática médica de excelência é adquirida com o tempo, entretanto, realizá-la desde os semestres iniciais é uma oportunidade que fortalece o desenvolvimento do futuro médico a partir do contato com diferentes casos e com a troca de experiências.

TRABALHOS

Descritores. Exame Físico, Anamnese, Ambulatório, Atenção Primária.

A INFLUÊNCIA DO EXAME FÍSICO NO DIAGNÓSTICO: UM RELATO DE CASO DE HÉRNIA FEMORAL ESTRANGULADA

Gabriela Alves Turcatti,^{1*} Bruno Furini Puton,¹ Fernando Antônio Guth Johnson,¹ João Felipe de Mello Norberto Duarte,¹ Paolla Pacheco Mariani,¹ Sabrina Pedrotti,¹ Rafael Antoniazzi Abaid²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: gabriela.a.turcatti@gmail.com

Introdução. Hérnias femorais consistem na passagem do saco herniário e seu conteúdo pelo anel femoral em direção ao canal femoral, representam cerca de 5% das hérnias em região inguinal, tendo predominância no sexo feminino de 1,8:1 e no lado direito de 2:1. O diagnóstico é desafiador e de extrema importância, uma vez que tem alta taxa de estrangulamento e alta morbidade ao paciente. O exame físico desempenha um papel chave na suspeição e reconhecimento desta etiologia e seu tratamento é majoritariamente cirúrgico.

Objetivo. Relatar um caso de hérnia femoral estrangulada, ressaltando a realização adequada do exame físico.

Descrição do caso. Paciente feminina, 81 anos, hipertensa, encaminhada pela UPA para o pronto atendimento hospitalar de referência, devido a quadro de suboclusão intestinal. Anamnese caracteriza início de quadro de dor abdominal aguda, intensa e contínua em quadrante inferior direito, com presença de náuseas e vômitos biliares há 5 dias. Nega outras queixas ou cirurgias prévias. Ao exame físico, apresentava ruídos hidroaéreos presentes, abdome distendido e depressível, dor à palpação superficial em fossa ilíaca direita e à descompressão brusca difusamente, sem defesa. Radiografia de abdome apresentava distensão de alças intestinais. Antes de solicitar outro exame de imagem, notou-se a necessidade de um exame físico mais detalhado, no qual se identificou hiperemia na região inguinal direita, com nodulação endurecida e dolorosa à palpação. Os diagnósticos diferenciais foram de hérnia inguinal e femoral, adenopatias, bridas e neoplasia. Diagnosticou-se, então, hérnia femoral. Posteriormente, o procedimento cirúrgico escolhido foi inguinotomia à direita e hernioplastia com uso da técnica McVay com tela (Lichtenstein modificada). Evolução pós-operatória sem intercorrências, apresentando melhora do quadro.

Discussão. Apesar de incomum, a hérnia femoral frequente-

mente se apresenta inicialmente com maiores taxas de complicação (estrangulamento ou encarceramento), haja vista a dificuldade do diagnóstico em pacientes assintomáticos quando ainda não apresentam complicações (35% a 40%). Caracteriza-se por prevalência no sexo feminino e acometimento frequente à direita (60%), dados presentes no caso mencionado. Hérnias femorais de pequeno volume geralmente dificultam o diagnóstico ao exame físico e acabam sendo identificadas durante a laparoscopia. Devido ao baixo risco de desenvolvimento de hérnia em região inguinal em mulheres (3%), frequentemente não se suspeita imediatamente dessa etiologia em casos de suboclusão intestinal, visto que outras hipóteses diagnósticas acabam sendo investigadas inicialmente, como obstrução intestinal por brida – ignorada nesse relato, visto que paciente não apresentava histórico de cirurgias prévias – ou ainda, por malignidade. Além disso, quando há presença de massa palpável na região inguinal em mulheres, há mais chances de se tratar de hérnia inguinal do que femoral, o que também retarda e dificulta o diagnóstico em casos de hérnia femoral.

Conclusão. O diagnóstico diferencial de hérnia na região inguinal em mulheres deve ser sempre considerado, visto que elas apresentam maiores taxas de hérnia femoral não diagnosticada ao exame físico, sendo mais passíveis de complicações associadas. Por isso, a realização do exame físico minucioso, que contribui para exclusão das demais opções diagnósticas, pode resultar em achados sugestivos dessa etiologia mais prevalente no sexo feminino.

Descritores. Hérnia Femoral, Parede abdominal, Abdome agudo, Cirurgia Geral.

ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carolina Czegelski Duarte,^{1*} Marina Weber do Amaral,¹ Eliza Noêmia Alves Koch,¹ Victoria Magni Bachinski,¹ Natalia Betina Bublitz,² Paula de Castro Sanchez,¹ Joana Weschenfelder Porn,¹ Kauana Gemelli,¹ Renata Wetzel Vieira,¹ Dennis Baroni Cruz³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmica do curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: carolinaczduarte@gmail.com

Introdução. O Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo (9,3%) e o quinto país com mais casos de depressão (5,8%), segundo pesquisa

TRABALHOS

da Organização Mundial da Saúde de 2017. A Atenção Básica é a porta de entrada ao sistema de saúde, sendo também a primeira forma de contato com profissionais da saúde. Os acadêmicos desta área devem desenvolver desde o início de sua jornada um olhar integral ao paciente, pois a abordagem da Saúde Mental demanda cuidado interdisciplinar e atenção às subjetividades.

Objetivo. Relatar o caso de uma paciente com problemas emocionais, atendida em ambulatório de Atenção Básica e discutir o cuidado que pode ser prestado aos pacientes com sofrimento mental.

Descrição do caso. Paciente feminina, 46 anos, residente em Santa Cruz do Sul (SCS), vinda de município da região metropolitana, busca atendimento em ambulatório da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade junto ao campus universitário. Acolhida pela Enfermagem, relata estar com sintomas de câncer intestinal - emagrecimento, fraqueza, constipação-, agendando-se consulta médica. Ao retornar, paciente solicita ajuda ao afirmar que irá morrer, pois tem certeza do diagnóstico de malignidade. Na consulta médica, refere estar residindo com a mãe em SCS, pois na cidade de origem enfrentou dificuldades com atendimento médico disponível. Estava em uso de carbonato de lítio, clorpromazina e biperideno. Tinha histórico de depressão e duas tentativas de suicídio. Trazia exames realizados previamente sem alterações. Ao exame, regular estado geral, sem particularidades em todos os sistemas. Na ocasião, optou-se por orientá-la que o quadro clínico e exames trazidos não demonstraram achados de câncer, além de solicitar novos laboratoriais. Uma semana após, retorna com os novos exames também sem alterações e segue alegando doença terminal. Em todos os contatos apresentou-se ansiosa e confrontativa. Percebeu-se pensamento obsessivo e prolixo, mantendo a ideia fixa de doença neoplásica. Apesar da dificuldade em estabelecer um vínculo para abordagem de suas questões físico-emocionais, a paciente sempre se demonstrou agradecida pela acolhida e ajuda de todos os profissionais. A conduta adotada foi encaminhá-la para realização do cartão SUS do município para que tivesse acesso à consulta com especialista, bem como encaminhamento para atendimento psiquiátrico.

Discussão. Os profissionais atuantes na Atenção Básica devem estar aptos tecnicamente e munidos de empatia, a fim de se sensibilizar com as experiências vitais e emocionais expressadas a eles – como evidente no caso. É essencial que o médico preste atenção ao que o paciente lhe desperta para que se perceba a necessidade, ou não, de avaliar mais a fundo o estado mental do indivíduo. Para isso, há critérios diagnósticos que avaliam as funções mentais, além da percepção de sinais/sintomas que nem sempre o paciente sabe relatar. Assim, há uma avaliação integral que possibilita um diagnóstico sindrômico ini-

cial, através do qual pode-se já tratar o paciente ou avaliar a necessidade de referenciá-lo ao nível seguinte de atendimento.

Conclusão. O profissional atuante na Atenção Primária, assim como os acadêmicos da área da saúde, é quem acolhe muitas vezes os problemas emocionais e de saúde mental dos pacientes. Percebe-se, então, a importância de identificar essas questões e saber manejá-las, ainda no nível básico, já que na maioria das vezes ela será a única fonte de acesso à saúde.

Descritores. Medicina de Família, Atenção Básica, Saúde Mental.

ANEMIA FALCIFORME: CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA HEREDITÁRIA DE MAIOR PREVALÊNCIA NO BRASIL

Sabrina Mueller,^{1*} Laura Menegazzo,¹ Guilherme Doehl Knebel,¹ Dennis Baroni Cruz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: muellersabrinasm@gmail.com

Introdução. A anemia falciforme é uma doença hereditária causada por uma mutação genética, que altera a estrutura da hemoglobina. Tem elevada prevalência no Brasil, com 7.200.000 pessoas portadoras do traço falcêmico e entre 25.000 e 30.000 com a doença falciforme. Por ano, nascem cerca de 3.500 crianças com a doença e 200.000 portadoras do traço falciforme. Esta pode causar anemia, hemólise e vasculopatias, podendo levar a óbito.

Objetivo. Relatar um caso de anemia falciforme.

Descrição do caso. Paciente com 6 anos, parda. Possui diagnóstico de anemia falciforme e história prévia de infecções de repetição e transfusões. Apresentou esplenomegalia e crise de sequestro esplênico, uma complicação grave da doença falciforme, caracterizada por ter início súbito e uma queda progressiva nos valores sanguíneos de hemoglobina maior ou igual a 2g/dl comparado ao valor padrão do paciente, devido a um agrupamento de hemácias ou a uma vaso-oclusão dentro do baço. O indivíduo apresenta palidez intensa e sinais de choque hipovolêmico, podendo ser fatal. Foi realizada esplenectomia como tratamento. Paciente evoluiu bem e foi orientada a manter acompanhamento com hematologista.

Discussão. A doença falciforme é caracterizada por uma substituição das bases nitrogenadas adenina por timina no DNA, sintetizando valina ao invés do ácido glutâmico, o que forma a hemoglobina anormal (HbS). A ausência ou diminuição da tensão de oxigênio provoca a sua polimerização e altera drasticamente a morfologia da hemácia, que adquire o formato de foice (alongada e com filamentos na extremidade) e possui

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

menor tempo de vida. Essa alteração predispõe a infecções, sendo a maior causa de morbimortalidade em crianças. Processos inflamatórios e o aprisionamento de eritrócitos e leucócitos na microcirculação causam obstrução vascular por isquemia, resultando em danos progressivos à maioria dos órgãos, como cérebro, rins, pulmões, ossos, e sistema cardiovascular, o que se torna aparente com o aumento da idade. Os sintomas característicos da doença são crises de dor, sequestro esplênico, acidente vascular encefálico (AVE), entre outros. Além disso, os indivíduos geralmente apresentam problemas emocionais e socioeconômicos, ansiedade, depressão, comportamento agressivo e medo, devido à natureza crônica e fatal da doença. O diagnóstico da doença falciforme baseia-se na análise da hemoglobina, que pode ser feito por uma ampla variedade de testes para sua visualização. Entre os mais usados, estão a eletroforese de hemoglobina, a focalização isoelétrica e cromofotografia líquida de alta performance. A expectativa de vida é em média de 50 anos e há predominância em negros, seguido de pardos. A principal terapia é a transfusão sanguínea, a fim de evitar os eventos vaso-oclusivos. Em alguns casos, é realizada profilaxia com penicilina e imunização com vacinas conjugadas contra *S pneumoniae* e *H influenzae* tipo b, bem como o uso de hidroxycarbamida. Além disso, é muito importante o cuidado da autoestima do paciente e a redução da ansiedade e do sentimento de revolta/tristeza.

Conclusão. A anemia falciforme é uma doença de elevada prevalência e morbimortalidade, sendo seu reconhecimento precoce imprescindível para uma melhora na qualidade de vida do indivíduo. Devido à possibilidade de complicações graves e fatais relacionadas à doença, esta deve ser diagnosticada precocemente e controlada de maneira eficaz.

Descritores. Anemia Falciforme, Hemoglobinopatias, Hemoglobina Falciforme, Esplenomegalia.

APENDICITE AGUDA EM PACIENTE ANTICOAGULADO: UM RELATO DE CASO

Yuri Pereira Secco,^{1*} Luiza Rubenich Cremonese,¹ Eduardo Pedroso Perkoski,¹ Ana Victória Zambonetti Mendry,¹ Henrique Radin Camini,¹ Stephani Jahn Barros,¹ Enzo Pretto Kipper,¹ Ana Paula Backes,¹ Rafael Antoniazzi Abaid,² Manoel Brandes Nazer²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: ypsecco@gmail.com

Introdução. Um caso clássico de apendicite leva em torno de 72 horas desde o início da dor epigástrica até a perfuração

decorrente da inflamação. O procedimento tradicional é cirurgia precoce assim que estabelecido o diagnóstico, porém, pesquisas atuais enfrentam o dogma da cirurgia precoce pela cirurgia mais tardia.

Objetivo. As competências requeridas neste caso são a habilidade de praticar condutas diferenciadas baseadas no histórico médico do paciente, a pesquisa semiológica e propedêutica adequadas, a pesquisa sobre as variadas condutas e a atualização das novas maneiras comprovadas de tratamento, além daquelas tradicionalmente ensinadas na formação médica.

Descrição do caso. Paciente de 53 anos, sexo feminino, branca, relata dor abdominal iniciada em epigástrio há aprox. 15 horas. A dor migrou rapidamente para a fossa ilíaca direita; piora aos movimentos e alivia ao repouso ou imobilidade. Nega febre. Refere náuseas, astenia, inapetência e dispepsia. Encontra-se na menopausa, nega sangramento ou corrimento vaginal. Faz uso de warfarina 7,5mg. Está há cerca de 24 horas sem uso de anticoagulante. Abdome levemente distendido, depressível, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita e baixo ventre, com sinal de Blumberg presente. Ultrassonografia abdominal indicou espessamento do apêndice cecal. Exame de protrombina e tromboplastina alterados. Iniciou-se tratamento com ampicilina/sulbactam 3g 6/6h e tramadol 50mg 6/6h e dipirona 1g se necessário. Os exames laboratoriais foram repetidos após 24 horas. Iniciou-se a administração fitomenadiona EV 8/8h. Exames laboratoriais repetidos após 48h com realização de tomografia computadorizada do abdome. Demonstrou coleção de líquido espesso, sugerindo abscesso. Optou-se por reversão da anticoagulação e apendicectomia videolaparoscópica. No pós-operatório a paciente permaneceu com antibioticoterapia e analgesia. Iniciou vômitos pós-prandiais e houve piora da distensão abdominal. A paciente foi levada à laparoscopia, observou-se a presença de grumos de fibrina e aderências intestinais. A paciente apresentava apendicite aguda não complicada e encontrava-se em uso de anticoagulante oral. A paciente possui deficiência hereditária da proteína S. Apesar da tentativa inicial de reversão, houve piora da anticoagulação; utilizou-se transfusão de plasma fresco congelado para reversão imediata da anticoagulação.

Discussão. Embora exista um número considerável de estudos, muitos destes apresentam erros epidemiológicos. A literatura não mostra dados relevantes, com exceção de que a qualidade de vida em pacientes com apendicectomia laparoscópica feita cedo é maior do que a de pacientes com procedimento tardio, porém a evidência é de baixíssima qualidade. Os principais diagnósticos diferenciais para se atentar neste caso são as patologias ginecológicas. Em casos pediátricos, é preciso atentar para a idade do paciente. Outro diagnóstico importante de exclusão é diverticulite.

Conclusão. O estudo de métodos alternativos de condu-

TRABALHOS

ta abrem um leque de opções para conduzir o tratamento. Deve-se construir uma base científica para justificar condutas alternativas, detalhes da história clínica do paciente devem ser captados e, se necessário, realizar a mudança de conduta.

Descritores. Apendicite, Cirurgia, Tratamento Conservador.

CARCINOMA DE NASOFARINGE ASSOCIADO À MENINGOCELE: RELATO DE CASO

Letícia Maria de Moura,^{1*} Gabriela Maycá Sanfelice,¹ Mariana Gonçalves Kehl,¹ Gabriela de Matos,¹ Roberta Gelsdorf Pinto,¹ Monique Zambra Messerschmidt,¹ Tamires Macedo da Silva,¹ Ingrid Wendland Santanna,² Carolina Czegelski Duarte,¹ Andresa Thier de Borba²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: lemoura96@gmail.com

Introdução. O carcinoma de nasofaringe faz parte das neoplasias de cabeça e pescoço. A maioria das pessoas acometidas são do sexo masculino com diagnóstico em média aos 51 anos. O estudo desta neoplasia é relevante visto que é uma doença rara, responsável por 2% dos tumores de cabeça e pescoço e que se apresenta com sintomas nasais inespecíficos que podem atrasar seu diagnóstico, bem como permitirem a discussão de inúmeros diagnósticos diferenciais.

Objetivo. Relatar um caso de carcinoma de nasofaringe associado à meningocele.

Descrição do caso. J.C.H, masculino, 59 anos, branco, com queixa de diminuição da audição em ouvido esquerdo há dois meses, sem demais queixas. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, sem alterações em aparelho respiratório, cardiovascular e nervoso, rinoscopia anterior apresentava sinais de rinite e otoscopia com conduto auditivo externo pérvio e membrana timpânica opaca com leve retração. Realizou audiometria que corroborou à perda auditiva condutiva leve em orelha esquerda. A imitanciometria, revelou curva do tipo b, sugerindo acúmulo de secreção em ouvido médio esquerdo. A terapêutica iniciada baseou-se em fármacos antialérgicos, descongestionantes nasais, e spray nasal com corticoide, bem como lavagem nasal com soro fisiológico. Paciente não apresentou melhora com o tratamento. Foi realizada então uma nasofibrolaringoscopia onde constatou-se em nasofaringe presença de lesão vegetante ocupando em torno de 60% do cavum. Solicitada tomografia computadorizada de seios paranasais confirmando a lesão, porém ainda demonstrando a presença de meningocele em teto de fossa nasal esquer-

da. O diagnóstico final foi de carcinoma de nasofaringe com meningocele. O tratamento foi cirúrgico, em que se retirou o tumor da nasofaringe e colocou-se um dreno no ouvido esquerdo. De maneira complementar à cirurgia foi realizada radioterapia. Paciente evoluiu bem sendo encaminhado para a correção da meningocele.

Discussão. O carcinoma de nasofaringe costuma apresentar quadro clínico típico da localização anatômica. As variações podem repercutir em otites, obstrução nasal, anosmia, sangramentos, disfonia, diplopia e dor. Sendo confundido como infecção de via aérea superior, otite média aguda, perfuração de membrana, rinossinusite sazonal. O caso relatado é peculiar visto que, além do carcinoma de nasofaringe, apresentava também meningocele. Segundo a literatura, para confirmação de diagnóstico é necessário a tomografia ou a ressonância nuclear magnética, indicadas mesmo que a endoscopia não revele achados sugestivos e no caso foi importante para a visualização da meningocele. Na literatura recomenda-se apenas a radioterapia, mas a opção de tratamento para o paciente foi cirurgia (biópsia excisional) seguida de radioterapia, pois tratar-se de uma área com risco de fistula líquórica, sendo assim não é possível uma cirurgia com grande margem livre. A herniação do sistema nervoso central, composta apenas por meninges que se originam na região do seio esfenoidal e atingem a nasofaringe é denominada de meningocele. Não apresenta lesão externa, por isso não foi visto na nasofibrolaringoscopia. Sua correção é cirúrgica, realizada via craniotomia, intranasal ou combinada.

Conclusão. Portanto, é uma patologia rara que a dúvida do diagnóstico, pode ser esclarecida através da tomografia computadorizada. O tratamento com radioterapia tem grande poder resolutivo no tumor, quando não é possível obter margens livres com a cirurgia.

Descritores. Carcinoma, Audição, Nasofaringe, Meningocele.

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO E A RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Daiane Mattje Rodrigues,^{1*} Alice de Moura Vogt,¹ Tamires Macedo da Silva,¹ Tiago Fortuna²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: daiane.mattje1@gmail.com

Introdução. A síndrome do coração partido, também conhecida como cardiomiopatia de Takotsubo (CT), é uma patologia reversível de ventrículo esquerdo, provocada geralmente por

TRABALHOS

estresse intenso. O paciente apresenta dor torácica, alterações eletrocardiográficas de isquemia, aumento de enzimas cardíacas e comprometimento segmentar da função ventricular, sem coronariopatia obstrutiva. Devido a semelhança entre os quadros clínicos, a CT pode ser considerada diagnóstico diferencial de infarto agudo do miocárdio (IAM). Os principais fatores de risco são mulheres na pós-menopausa, as quais configuram 90% dos casos de CT, e a hipertensão arterial sistêmica, que possui prevalência de 76%. Ademais, a mortalidade alcança valores próximos de 3,5%.

Objetivo. Descrever um caso clínico da CT, devido à importância de diferenciá-la de um quadro de IAM e ao fato que apenas um em cada cinco casos são diagnosticados durante a internação.

Descrição do caso. Paciente, J.S.G, 51 anos, previamente hígida e com controle de fatores de risco cardiovascular. Em processo de separação com seu marido, no dia da assinatura de divórcio, evolui com síncope e sudorese. Trazida até a emergência do hospital, sendo de imediato identificado supradesnível de segmento ST no eletrocardiograma. Feito manejo medicamentoso e encaminhado ao serviço de hemodinâmica para realização de cineangiogramografia. Cateterismo sem lesões significativas, porém ventriculografia e ecocardiograma transtorácica identificando disfunção sistólica segmentar de ventrículo esquerdo, especialmente em ápice. Após ajuste de medicação, recebeu alta com manejo clínico e suporte multidisciplinar.

Discussão. A CT possui quadro clínico semelhante ao IAM, sendo esse o seu principal diagnóstico diferencial. Assim, o caso relatado exemplifica a importância de uma anamnese completa para identificar fatores de risco, os quais se enquadram nas hipóteses diagnósticas e permitam o manejo correto do paciente. A fim de excluir o principal diagnóstico diferencial de CT, segundo literatura, deve-se realizar cineangiogramografia e ventriculografia esquerda, objetivando demonstrar ausência de danos por aterosclerose. No caso descrito, os respectivos exames foram realizados e identificaram disfunção sistólica segmentar do ventrículo esquerdo, corroborando com a CT. Para o correto diagnóstico da doença, faz-se necessário a familiarização dos médicos em relação aos critérios diagnósticos.

Conclusão. A CT é uma doença subdiagnosticada, assim a anamnese possui papel importante para sua identificação. Como exemplificado no caso descrito, a percepção do estado emocional do paciente auxilia na hipótese diagnóstica. Além disso, a realização da cineangiogramografia e ventriculografia esquerda é fundamental para a exclusão de quadros de IAM, um importante diagnóstico diferencial de CT.

Descritores. Cardiomiopatia de Takotsubo, Diagnóstico Diferencial, Infarto Agudo do Miocárdio.

CISTOADENOMA BILIAR DE FÍGADO: RELATO DE CASO

Victoria Lucateli Bernardi,¹ Érika Luiza Maschio,¹ Camila Urach dos Santos,¹ Bruna Beck Nunes,¹ Sabrina Pedrotti,¹ Isabela Dorneles Pasa,¹ Natália Fortunati,¹ Graziela de Gasperi,¹ Vinícius Dal Piva Pieta,¹ Silvio Marcio Pegoraro Balzan²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: vicbernardi@gmail.com

Introdução. O cistoadenoma biliar de fígado é um tumor cístico benigno raro do sistema biliar intra-hepático, geralmente assintomático ou com sintomas inespecíficos, de achado usualmente incidental. Costuma progredir lentamente, podendo atingir diâmetros variando de 1,5 a 35 cm. Pode cursar com complicações graves, como degeneração maligna (risco estimado de 30%), obstrução biliar e hemorragia, sendo a ressecção completa o tratamento de escolha. Assim, deve ser incluído no diagnóstico diferencial de doenças císticas do fígado.

Objetivos. Descrever um caso de cistoadenoma hepático caracterizando achados clínicos e opções terapêuticas.

Descrição do caso. ALA, feminina, 55 anos, durante avaliação de varizes de membros inferiores e perineais realizou ecografia identificando lesão cística em região central do fígado, com compressão de veia cava retrohepática. Há 10 anos realizou colecistectomia, a qual foi complexa por tratar-se de vesícula intrahepática. Não realizou exames de imagem após procedimento. Tomografia computadorizada atual confirmou lesão cística de 12cm, com epicentro em segmento 4, com conteúdo homogêneo, sem septos, sem nodulações, com algumas calcificações em parede, e com compressão de via hepática média e esquerda, e atrofia do lobo esquerdo hepático. Proteína CA 19.9 sérica normal. Considerando as hipóteses de cistoadenoma biliar do fígado ou de bilioma pós-colecistectomia optou-se por ressecção parcial do cisto por videolaparoscopia, associada a ressecção do lobo esquerdo hepático (atrofiado). No transoperatório foi identificada fístula biliar através da parede remanescente do cisto, tratada com refia local e prótese biliar por endoscopia (CPRE) no intraoperatório. A evolução foi favorável e anatomopatológico revelou cistoadenoma biliar. A paciente optou por não realizar ressecção complementar do cisto.

Discussão. O cistoadenoma representa menos de 5% dos cistos hepáticos, mais comum em mulheres em torno de 45 anos, sendo o risco de degeneração maior em homens. O diagnóstico diferencial inclui cistoadenocarcinoma (usualmente um cistoadenoma com degeneração), cisto simples, cisto hidático,

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

cisto pós-traumático, abscesso hepático, doença policística, cisto hemorrágico, entre outros. No caso descrito, a hipótese de bilioma, foi cogitada pela história prévia de colecistectomia complexa. Ocorrem mais frequentemente no segmento 4 do fígado. Calcificações, dilatação de ductos biliares e nódulos murais são mais associadas ao cistoadenocarcinoma, contudo o diagnóstico radiológico pré-operatório é muito difícil. O tratamento é essencialmente cirúrgico, sendo a ressecção completa o tratamento de escolha, pelo risco de degeneração e recidiva quando parte do cisto permanece in situ. Entretanto quando ressecções extensas são necessárias o risco/benefício deve ser avaliado e a ressecção parcial com acompanhamento pode ser utilizada, como ocorreu no caso aqui relatado.

Conclusão. Cistoadenoma biliar deve ser incluído no diagnóstico diferencial de lesões císticas hepáticas, especialmente lesões centrais e em mulheres. O tratamento definitivo deve visar a ressecção cirúrgica completa, pelo risco de recidiva e degeneração.

Descritores. Cistoadenoma, Diagnóstico Diferencial, Fígado, Cistoadenocarcinoma.

CISTOADENOMA MUCINOSO DE OVÁRIO GIGANTE: RELATO DE CASO

Rafaela Alves Hansen,^{1*} Carina Saraiva Eidt Ferreira,¹ Fagner Leandro Martins Ferreira,² Herbert Jorge Schmitz³

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Residente do Programa de Residência Médica em Cirurgia Oncológica. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Oncológica. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: rafaahansen@hotmail.com

Introdução. As neoplasias de origem epitelial do ovário são classificadas de acordo com as características histológicas em três grupos: benignas, malignas e de baixo potencial de malignidade. O tipo mucinoso é raro com apresentação clínica diferente das outras neoplasias ovarianas, tem crescimento rápido e volumoso, pode evoluir para pseudomixoma peritoneal com ascite mucinosa, cistoadenocarcinoma ou implantes peritoneais. A principal hipótese etiológica é a de "ovulação incessante", na qual este tipo de neoplasia se desenvolve em razão de uma desordem no processo de reparação cicatricial no epitélio ovariano, o qual sofre processo de rompimento e reparação a cada ciclo ovulatório.

Objetivo. Relatar o caso de um cistoadenoma mucinoso de ovário com teratoma cístico maduro associado a salpingite aguda e hidrossalpinge em serviço de referência de cirurgia oncológica. Discutir sobre biomarcadores tumorais e sua aplicação diagnóstica.

Descrição do caso. Paciente feminina, 53 anos, chegou ao pronto atendimento referindo dor abdominal, dispneia e tonturas. Aumento abdominal com evolução de 4 anos associado a emagrecimento nos últimos 6 meses, hábito intestinal preservado. História pregressa: laparotomia prévia, sem conhecimento do motivo, tétano prévio sem sequelas. Exame físico: abdome globoso, distendido, sem dor à palpação, sem sinais de peritonite. TC: volumosa lesão pélvica multisseptada, estendendo-se até o abdome superior, sugestiva de neoplasia de ovário; distensão dos coletores renais por compressão ureteral exercida pela lesão; miomas uterinos calcificados. Labs: CEA 505,10ng/ml; CA-125 23,72U/ml. Alb: 3,9g/dl; Hb:12,4g/dl; Creat: 0,8mg/dl. Laparotomia exploradora em 12/2016: Ressecção tumoral, tumor ressecado pesando 17,2kg medindo 55x40x30cm. AP: cistoadenoma mucinoso de ovário, teratoma cístico maduro associado e salpingite aguda com hidrossalpinge. Apresentou boa evolução pós-op, alta no 8º dia pós-op.

Discussão. A sintomatologia das neoplasias de ovário é inespecífica ou ausente nos estágios iniciais, o que leva a um atraso diagnóstico. Atualmente, nenhum biomarcador sérico é altamente sensível e específico para o diagnóstico de câncer de ovário. O CA125, marcador tumoral utilizado para auxiliar no diagnóstico de câncer de ovário, tem sensibilidade baixa quando sozinho ou utilizado em mulheres na pré-menopausa, pois não é consistentemente produzido por alguns tipos histológicos de tumores de ovário, como no caso dos mucinosos, de células claras e mistos, fato que explica a não alteração desse marcador no caso descrito. Por outro lado, estava elevado o Antígeno Carcinoembrionário (CEA), que se mostra sensível no cistoadenoma mucinoso de ovário, presente também em adenocarcinomas de cólon e reto, neoplasias malignas de mama, pâncreas, tireoide, pulmão, apêndice, colecistite, cirrose hepática, diverticulite, doença intestinal inflamatória, pancreatite, infecções pulmonares e em condições como tabagismo. Dessa forma esse marcador mostra-se bem sensível ao tipo de tumor do caso descrito, porém pouco específico.

Conclusão. Conclui-se que atualmente não há um marcador tumoral com elevadas especificidade e sensibilidade que possa ser utilizado como método de rastreio, sendo necessária suspeição clínica conforme sintomatologia apresentada pelas pacientes. Apesar da existência de vários marcadores tumorais e exames de imagem avançados a cirurgia se faz necessária para diagnóstico definitivo e para o tratamento desse tipo de lesão.

Descritores. Neoplasias Ovarianas, Cistoadenoma Mucinoso, Biomarcadores Tumorais.

CORRELAÇÃO DO ASPECTS E BOM PROGNÓSTICO EM PACIENTE COM

TRABALHOS

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

Maria Eduarda Gunther Oliveira Drumm,¹ Matheus Mosele Serafini,¹ Leticia Staub Waechter,¹ Alexandra Oliveira de Moura,¹ Mateus de Arruda Tomaz,¹ Vanessa Nicola Labrea,¹ Ana Leonora de Bortoli,¹ Weverton Aparecido Soura Pereira,¹ Fernando Holsbach,¹ Antônio Manoel de Borba Júnior²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: mariaeduardadrumm@gmail.com

Introdução. O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a terceira causa de morte mais comum em países industrializados, e, a cada ano estima-se que causa o óbito de 3 milhões de mulheres e 2,5 milhões de homens. No Brasil, o AVE diminui de 10% a 14% a expectativa de vida dos pacientes que sobreviveram ao episódio, sendo que 26% dos casos são incapazes de realizarem atividades diárias básicas. Define-se AVE isquêmico (AVEi) como um infarto cerebral responsável por sinais e sintomas característicos, confirmado através de Tomografia Computadorizada (TC) pela identificação de áreas encefálicas de densidades diferentes correspondentes ao quadro clínico apresentado. Para estimar o prognóstico de pacientes com AVEi, criou-se o Alberta stroke program early CT score (ASPECTS), uma escala topográfica baseada nos achados de TC que divide a vascularização da artéria cerebral média (ACM) em 10 regiões de interesse. As regiões são classificadas como M1, córtex anterior da ACM; M2, córtex lateral da ínsula; M3 córtex posterior da ACM; M4, M5 e M6 correspondem aos territórios anterior, lateral e posterior da ACM; C, núcleo caudado; L, núcleo lentiforme; I, ínsula; IC, cápsula interna. Através de dois cortes axiais no tálamo e na margem superior das estruturas ganglionares, o ASPECTS concede ao território da ACM 10 pontos. Subtrai-se 1 ponto para cada área de isquemia prévia, como hipodensidade parenquimal, encontrada dentro da região dos cortes axiais. Quanto mais baixo o somatório, pior o prognóstico.

Objetivo. Comentar a correlação do ASPECTS de um AVEi em ACM com bom prognóstico de paciente.

Descrição do caso. Paciente feminina, 50 anos, tabagista e hipertensa. Apresentou hemiparesia esquerda desproporcionada de predomínio braquial súbita e com paralisia facial central ipsilateral. Diagnosticada com AVEi de ACM direita de grande extensão. Utilizou-se antiagregante ácido acetilsalicílico 325mg. Acompanha há 3 anos, com curso de evolução favorável. Deambula sem apoio, sendo capaz de segurar objetos com membro superior esquerdo, porém sem coordenação

motora fina.

Discussão. A pontuação atingida no ASPECTS é inversamente proporcional à severidade do infarto, tendo uma sensibilidade de 78% e uma especificidade de 96% em relação ao território acometido e ao quadro clínico apresentado. A TC da paciente revelou uma extensa área de hipodensidade parenquimal nas regiões M1, M2 e M3 do ASPECTS em hemisfério direito, correspondente a hemiparesia esquerda e a paralisia facial central ipsilateral apresentada. Por não acometer o hemisfério esquerdo, a paciente não apresentou distúrbios de linguagem. A identificação das regiões acometidas pelo somatório dos pontos de ASPECTS permitiu que a terapia aguda com antiagregantes adequados para a massa volumosa encefálica isquêmica e posterior fisioterapia focada para as supracitadas regiões fossem imprescindíveis para o desfecho positivo da paciente.

Conclusão. Devido à alta mortalidade e às sequelas geradas pelo AVEi, o ASPECTS mostra-se como uma ferramenta prática, eficaz e segura para o manejo adequado dos pacientes, o que poderá permitir um prognóstico positivo. Embora analisado apenas o caso acima, a literatura atual sugere sua utilização nos serviços hospitalares devido à sua identificação precoce e precisa da massa encefálica isquêmica que permite o tratamento especificado e agudo da patologia. Sugere-se, assim, a aplicação do ASPECTS no protocolo de trombólise de emergência dos hospitais.

Descritores. ASPECTS, Acidente Vascular Encefálico, Artéria Cerebral Média, Prognóstico.

DETERIORAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA POR PIODERMA GANGRENOSO: UM RELATO DE CASO

Angélica Brugnera Benvegnú,¹ Adriano da Silva Dutra,¹ Alice de Moura Vogt,¹ Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Jaqueline Brivio,¹ Máira Maccari Strassburger,¹ Tassia Callai,¹ Viviane Martins Sassi,¹ Jaqueline Barboza da Silva,² Tatiana Kurtz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: angelicabenvegnu@hotmail.com

Introdução. O Pioderma Gangrenoso (PG) é uma dermatose neutrofilica rara, crônica e muitas vezes recorrente. Possui etiologia incerta, porém geralmente associado a doença inflamatória intestinal. Ademais, em algumas situações, pode simular uma infecção de ferida operatória. Apesar de sua patogênese permanecer desconhecida, já está estabelecido que o PG não é diretamente causado por bactérias, não rep-

TRABALHOS

resentando, por conseguinte, uma patologia de natureza infecciosa. Com apresentação clínica variável, caracteriza-se por lesões cutâneas ulceradas e dolorosas, múltiplas ou solitárias, de evolução rápida e progressiva, com aspecto salpicado e eritematoso. Os membros inferiores constituem o local mais comumente acometido.

Objetivo. Relatar o caso de uma patologia dermatológica que necessita diagnóstico precoce e seu tratamento.

Descrição do caso. Paciente feminina, 36 anos, atendida por dermatologista em outubro de 2017 com lesões de pele que iniciaram com prurido e pioram quando "está nervosa". Ao exame físico escoriações em áreas de alcance, com suspeita diagnóstica de Neurodermite, prescrito Sertralina 100mg. Retorna sem melhora e com VHS 27 (VR < 20 mm/h). Orientação para uso de hidratante e aumento da dose de Sertralina para 200mg. Paciente retorna em janeiro de 2018 com piora das lesões e alteração nos exames: elevação de VHS 60 e PCR 48 (VR 0,8 mg/l). Solicitação de biópsia de pele e outros exames. Em março de 2018, os exames indicam: sorologias negativas, Rx de tórax e ecografia abdominal normais. O anatomopatológico evidenciou dermatite perivasculare superficial predominantemente linfocítica, presença de ocasionais neutrófilos e plasmócitos associado à erosão, a paraceratose e a edema de células endoteliais, sugestivo de PG. Iniciado tratamento após descartar deficiência de G6PD com Dapsona 100mg ao dia, com melhora progressiva das lesões e resolução de novas lesões em agosto de 2018, mantendo apenas hiperemia.

Discussão. O PG pode ser associado a doenças sistêmicas, tais como doenças inflamatórias intestinais, doenças hematológicas, reumatológicas, hepatite, neoplasias, entre outras. Sua manifestação ocorre através de lesões inicialmente pustulosas, bolhosas ou nodulares, com evolução para úlceras destrutivas, com bordas irregulares e dolorosas, apresentando também centro necrótico. É de rápida e progressiva evolução, com agravamento em função da demora no diagnóstico da doença. Apresenta autolimitação na maioria das lesões e progressão para a cicatrização espontânea em pouco tempo. A histopatologia é inespecífica, demonstrando infiltrado polimorfonuclear neutrofílico, necrose liquefativa e trombose secundária de vênulas. Seu diagnóstico é basicamente clínico e inespecífico, caracterizado geralmente por acometimento em membros inferiores e tórax e por isso feito através da exclusão de outras patologias. O tratamento inclui antibioticoterapia, corticoides, imunossuppressores, imunomoduladores, em associação a analgésicos e antissépticos tópicos.

Conclusão. PG é uma patologia rara, podendo ser imprevisível e muito variável no início e durante sua evolução. Associado às doenças sistêmicas ou traumas, devendo ser considerado em pacientes com início súbito das lesões, com culturas negativas e que não respondem a antibioticoterapia isolada. Com

diagnóstico clínico, feito por exclusão de outras patologias. A associação de corticoides, antibióticos de amplo espectro e imunoglobulina intravenosa demonstrou resultados positivos no tratamento de PG.

Descritores. Pioderma Gangrenoso, Polimorfonuclear, Dermatose, Linfocítica.

DIAGNÓSTICO TARDIO DE SÍFILIS CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Tiago Nunes Braz,^{1*} Lara Halberstadt Beskow,² Mateus Nunes Braz,² Bruno Furini Puton,¹ Matheus Mosele Serafini,¹ Sandra Regina Nunes Braz³

¹ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Preceptora do Programa de Residência Médica em Pediatria. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: tiagonbraz@hotmail.com

Introdução. Sífilis Congênita (SC) é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum* que ocorre pela disseminação hematogênica da mãe para o feto, predominantemente por via transplacentária. É classificada em SC precoce – manifestações clínicas nos dois primeiros anos de vida – ou SC tardia – após o segundo ano. O diagnóstico é epidemiológico, clínico e laboratorial, e a prova de escolha é a Pesquisa Laboratorial de Doenças Venéreas (VDRL). Mais da metade dos pacientes são assintomáticos ao nascimento, e naqueles sintomáticos, o quadro é discreto ou pouco específico. No Rio Grande do Sul, de 8744 casos de SC no período de 2013 a 2017, apenas 0,27% foram diagnosticados após 1 ano de vida.

Objetivo. O objetivo desse estudo é relatar um caso de diagnóstico tardio de SC.

Descrição do caso. Paciente feminina, 1 ano e 8 meses, consulta em UBS por duas nodulações em região inguinal esquerda. Foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia pediátrica por suspeita de hérnia inguinal, e foi evidenciado que as nodulações eram linfonodomegalias. Solicitou-se sorologias para investigação. No retorno, havia abscesso na região dos linfonodos inguinais à esquerda. Ao exame, sem linfonodomegalias em outras cadeias. Em região inguinal esquerda, abaulamento de 5cm de diâmetro, com sinais flogísticos e flutuação. Exames laboratoriais não-reagentes para rubéola, toxoplasmose, herpes, citomegalovírus e Epstein Barr. Exame para sífilis positivo, com VDRL 1:512. A cultura da secreção do abscesso foi negativa, bacterioscopia da secreção com pesquisa de *T. pallidum* negativa. Líquor negativo para Lues. Radiografia de ossos longos não evidenciava lesão óssea. FTA-Abs também foi reagente. Pesquisa de sífilis nos familiares: VDRL

TRABALHOS

materno 1:8, pai e avô não reagentes. Iniciou-se penicilina cristalina na paciente, com duração de 10 dias. Os exames pré-natais da mãe eram negativos no primeiro trimestre, e não foram realizados no terceiro. Na internação para o parto, teste rápido para HIV negativo. Sem anormalidades no exame físico do recém-nascido. No fim do tratamento, VDRL de controle 1:512. Na alta, foi encaminhada para acompanhamento com infectologista e serviço social.

Discussão. A SC é uma doença prevenível se houver um pré-natal adequado. A falha, nesse caso, é a sorologia materna para sífilis no 3º trimestre não ter sido feita, e não havia documentado o teste rápido materno para sífilis na internação para o parto – indicando falha grave de atendimento. A demora no diagnóstico levou ao tratamento tardio, com maior morbidade e risco de sequelas para a paciente. O VDRL de 1:512 é indicativo de infecção congênita. Além disso, a pesquisa de sífilis no pai e no avô, ambos negativos, diminuiu a probabilidade de sífilis adquirida. Era esperado que, com uma titulação tão alta de VDRL durante tanto tempo, a paciente tivesse um quadro clínico mais característico, com alterações ósseas, dentárias e/ou no líquido, todavia não havia anormalidades além da linfadenopatia. A dúvida da realização ou não do teste rápido na internação para o parto e a falta de seguimento do caso foram as limitações do relato.

Conclusão. O diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas simples e eficazes na prevenção da SC. No entanto, mesmo sendo uma doença facilmente prevenível, continua sendo um problema de saúde pública. Além disso, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de linfadenopatias, mesmo em crianças com mais de 1 ano de idade.

Descritores. Sífilis Congênita, Linfadenopatia, Sífilis.

DISSEMINAÇÃO PARIETAL DE CARCINOMA HEPATOCELULAR APÓS BIÓPSIA LAPAROSCÓPICA

Sabrina Pedrotti,^{1*} Isabela Dorneles Pasa,¹ Érika Luiza Maschio,¹ Phâmella Weneranda Cezarotto Dall Agnol,¹ Victoria Lucateli Bernardi,¹ Vinícius Dal Piva Pieta,¹ Graziela de Gasperi,¹ Natália Fortunati,¹ Monique Emanuelli,¹ Silvio Marcio Pegoraro Balzan²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: sabrinapedrotti@hotmail.com

Introdução. Disseminação neoplásica em ferida operatória após cirurgias oncológicas é uma complicação incomum (0,8 a 1,6%) causada pela contaminação do campo operatório. Sen-

do ainda mais rara após ressecção ou biópsia de carcinoma hepatocelular (CHC). Evitar a ruptura da cápsula tumoral e manipulação da lesão durante procedimentos cirúrgicos, bem como proteger a peça cirúrgica durante extração da mesma, são medidas fundamentais para evitar disseminação, cujo tratamento é essencialmente cirúrgico e indicado em casos selecionados.

Objetivo. Relatar um caso raro de implante neoplásico em orifício de trocarter após colecistectomia laparoscópica associada à biópsia de CHC e tratado por ressecção cirúrgica.

Descrição do caso. WP, 62 anos, portador de hepatite C crônica, sem cirrose, foi encaminhado ao serviço de cirurgia hepatobiliopancreática com diagnóstico de CHC após videocolecistectomia associada à biópsia de lesão hepática de 11 cm de diâmetro, localizada em hemifígado direito, sem sinais de invasão vascular. Foi realizada hepatectomia direita regrada por via convencional através de incisão em "J" (sem contato com incisões prévias da colecistectomia) e sem ruptura da cápsula tumoral (confirmado no exame anatomopatológico). Após cerca de 1,5 anos foi identificado nódulo subcutâneo palpável, com cerca de 2 cm de diâmetro, no local de um dos orifícios da cirurgia laparoscópica. Tomografia de estadiamento revelou a presença do nódulo palpável e outros 5 nódulos intracavitários infracentimétricos todos no entorno do mesmo orifício da cirurgia laparoscópica, sugerindo implantes em peritônio parietal. Estadiamento com tomografia de tórax e PET-CT não indicou outras lesões tumorais. Foi realizada então ressecção da parede abdominal, incluindo a lesão subcutânea, peritônio parietal e porção de fígado em contato com o peritônio da região. Reconstrução foi realizada com uso de tela de poli-propileno protegida por enxerto de pericárdio bovino para evitar contato com vísceras abdominais. Exame anatomopatológico confirmou a presença de CHC em todos os nódulos individualizados no pré-operatório. Não houveram complicações pós-operatórias e foi iniciada quimioterapia adjuvante com sorafenibe.

Discussão. O risco de implante neoplásico de CHC na parede abdominal é incomum após biópsia laparoscópica, com raros relatos na literatura. As principais hipóteses etiológicas estão relacionadas à contaminação de instrumentos cirúrgicos, técnica do cirurgião, utilização de CO₂ para pneumoperitônio, aerossolização de células tumorais, resposta imunológica diminuída na laparoscopia e presença de fatores de crescimento no tecido cicatricial que auxiliam na proliferação tumoral. O tratamento é controverso e deve-se basear no comportamento clínico da doença, sendo a ressecção cirúrgica completa o único com potencial curativo. Quimioterapia adjuvante ou paliativa deve ser considerada.

Conclusão. Há risco potencial de implante tumoral em parede abdominal após uso de técnicas laparoscópicas no tratamento tumoral hepático, inclusive biópsias. Deve-se considerar esse fato na avaliação do risco-benefício de estadiamento

TRABALHOS

laparoscópico de CHC, considerado útil por alguns autores na tentativa de evitar laparotomias desnecessárias. Ademais, o caso reafirma a necessidade de uma técnica cirúrgica minuciosa que obedeça os princípios oncológicos. Esse fenômeno possivelmente se tornará mais frequente, visto que técnicas minimamente invasivas tem sido utilizadas em doenças malignas.

Descritores. Carcinoma Hepatocelular, Biópsia, Laparoscopia, Metástase Neoplásica, Oncologia Cirúrgica.

DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG: RELATO DE UM CASO EM QUE A CLÍNICA FOI SOBERANA

Carolina Czegelski Duarte,^{1*} Marina Weber do Amaral,¹ Helena Hickmann Bender,¹ Márcio Abelha Martins,² Marília Dornelles Bastos^{2,3}

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Preceptor(a) do Programa de Residência Médica em Pediatria. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: carolinaczduarte@gmail.com

Introdução. Doença de Hirschsprung (DH) ou megacólon congênito - é um defeito embrionário do sistema nervoso miotérmico que gera aganglionose intestinal. Sua discussão é relevante por ser a principal causa de obstrução intestinal funcional em crianças, incidindo em 1 a cada 5.000 nascidos vivos.

Objetivos. Relatar um caso de DH e a dificuldade do seu diagnóstico.

Descrição do caso. Paciente feminina, 1 ano e 11 meses, interna por dor e distensão abdominal, vômitos e febre há 48 horas. Mãe relata aleitamento exclusivo até os seis meses e, dificuldade evacuatória desde o nascimento. Ao exame, distensão abdominal difusa, diminuição dos ruídos hidroaéreos e hipertimpanismo. Raio-x de abdome agudo mostrou suboclusão intestinal baixa, gás em alças e resíduo retal - foi realizada descompressão digital com evacuações esverdeadas e gases explosivos. Exames laboratoriais mostravam infecção, iniciou-se antibioticoterapia para enterocolite. A hipótese diagnóstica inicial foi DH com megacólon tóxico. No dia dois da internação estava chorosa e sonolenta, realizou-se enema opaco com contraste hidrossolúvel seguido por episódio de fezes pastosas e esverdeadas, o laudo não foi sugestivo de megacólon. Iniciou-se investigação para doença celíaca, hipotireoidismo, exclusão de alergia a proteína do leite e biópsia retal. A dieta aderida foi ineficaz e os exames complementares normais. No sétimo dia, a criança iniciou com febre e piora da distensão abdominal, foi realizado remoção de fecaloma

e nova antibioticoterapia. Optou-se, por realizar videocirurgia com biópsia por congelamento no 16º dia de internação. O material foi enviado para nova análise que confirmou o diagnóstico de DH no 31º dia de internação. No 36º dia realizou-se a correção cirúrgica pela técnica de abaixamento abdominoperineal retroretal. Já no primeiro dia de pós-operatório eliminou fezes espontaneamente. Recebeu alta hospitalar no 38º dia de internação, estável clinicamente. Hoje está em acompanhamento ambulatorial sem alterações dos hábitos fisiológicos ou de desenvolvimento.

Discussão. O diagnóstico de DH costuma ocorrer no período neonatal, mas em 15% dos casos ocorre tardiamente. O diagnóstico precoce reduz complicações e melhora a qualidade de vida das crianças, assim, a alta suspeição é essencial. A investigação parte de raio-x de abdome e enema opaco, mas o diagnóstico definitivo somente é obtido pela histopatologia da biópsia retal. Esta é feita por múltiplos cortes, que demonstram: ausência de células ganglionares e, presença de hipertrofia de troncos nervosos na submucosa. Porém, segundo a literatura, apesar da simplicidade do método de coloração hematoxilina/eosina, patologistas podem ter dificuldade diagnóstica seja para obtenção dos cortes, seja pela ausência de hipertrofia das fibras nervosas, em alguns casos. Isto ficou evidente no caso relatado. Assim, precisa-se de métodos mais acurados. O tratamento da DH é cirúrgico, sendo a técnica usada no caso uma boa opção às crianças maiores.

Conclusão. A DH deve ser pensada em crianças com constipação no primeiro ano de vida, em especial as que não respondem ao tratamento para constipação funcional. Apesar da biópsia ter alta sensibilidade e especificidade, pode haver erro e o diagnóstico ser retardado. Questionar o resultado de exames complementares quando a clínica é soberana, é papel do médico. Ficou evidente no caso relatado os prejuízos do atraso diagnóstico e a melhora da qualidade de vida após sua confirmação e tratamento.

Descritores. Doença de Hirschsprung, Megacólon Congênito, Aganglionose.

ELETROCAUTERIZAÇÃO COMO TRATAMENTO PARA O RINOFIMA: UM RELATO DE CASO

Andressa Capeletti Echer,^{1*} Gustavo Brugnera Borin,¹ Gustavo Goergen Bronzatti,¹ Guilherme Queiroz Fontana,¹ Gabrielly da Silva Jesus,¹ Manuella Fernanda Wuensch Weschenfelder,¹ Alysson Pereira Staudt,¹ Jackson Caldas Wittmann,¹ Carla Toillier de Oliveira,¹ Susana Fabíola Muller²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

² *Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

*Contato: andressaecher@gmail.com

Introdução. O rinofima é uma doença benigna classificada como o terceiro estágio da rosácea. Caracteriza-se como um processo inflamatório crônico dos tecidos nasais com crescimento exofítico irregular, hiperplasia glandular e fibrose associada a telangectasias, o que acarreta alterações funcionais, prejuízos psicossociais ao paciente e gera um risco de malignização. Possui uma prevalência de 0,5 a 1,5 % e afeta quase exclusivamente homens de raça branca, após os 50 anos, com história familiar positiva e antecedente de exposição solar acentuada.

Objetivos. Este trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso de rinofima, bem como sua correção cirúrgica, além de apresentar aspectos importantes da fisiopatologia desta doença.

Descrição do caso. Paciente T.S.F., sexo masculino, 62 anos, atendido no ambulatório de Cirurgia Plástica em um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul. Na consulta, relatou que apresentava modificação progressiva do contorno nasal há alguns anos associada a deformidade e a dificuldade de respirar, não soube especificar há quantos anos iniciou a evolução do quadro. Ao exame físico, aumento considerável do volume nasal, eritema, telangectasias e espessamento cutâneo irregular. A opção terapêutica escolhida foi a Cirurgia com Eletrocautério. Realizou-se assepsia e antisepsia com Clorexidina Aquosa e bloqueio anestésico local com sedação prévia. A lesão foi removida com o bisturi elétrico na função corte (Blend 2), regulado corte-coagulação em 20, evitando a modificação de estruturas nobres, como cartilagens. Após o procedimento, realizou-se curativos diários com óleo de ácidos graxos essenciais. O processo cicatricial ocorreu por segunda intenção. O anatomopatológico da lesão mostrou hipertrofia e hiperplasia progressivas das glândulas sebáceas e do tecido conjuntivo com infiltrado de linfócitos e células plasmáticas. O resultado foi bastante satisfatório do ponto de vista estético e funcional e o paciente referiu melhora significativa na qualidade de vida e autoestima. Pôde-se observar uma leve discromia da cicatriz nasal, sem demais complicações.

Discussão. O rinofima é uma desordem desfigurante e progressiva da pele nasal, caracterizado como um estágio tardio da rosácea, que ocorre por hiperplasia de glândulas sebáceas, com oclusão de ductos e fibrose dérmica. Esta patologia afeta, principalmente, homens brancos de meia-idade e possui potencial de malignização, casualmente para carcinoma basocelular e mais dificilmente para carcinoma espinocelular ou angiossarcoma. Não há consenso na literatura sobre a melhor abordagem terapêutica do rinofima. Por se tratar de uma lesão benigna, tratamentos agressivos, como o uso de

retalhos locais, não são recomendados. Sabe-se que a técnica utilizada deve preservar o tecido normal e evitar a exposição de cartilagens, mantendo os folículos pilosos da derme subjacente à lesão visando uma reepitelização adequada e menor risco de cicatrização inestética. No caso relatado, a técnica de escolha, eletrocirurgia, foi segura, efetiva e de baixo custo, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Conclusão. O rinofima é uma doença estigmatizante para o paciente, que apresenta potencial de deformidade e malignização. A correção cirúrgica com eletrocautério é uma opção terapêutica eficiente e segura, que apresenta excelentes resultados cosméticos e uma evolução satisfatória para o médico e para o paciente.

Descritores. Eletrocirurgia, Rinofima, Cirurgia Plástica, Rosácea.

EMBOLIA PARADOXAL: UM RELATO DE CASO

Sabrina Pedrotti,¹ Jaqueline Brivio,¹ Marie Louise Herberts Sehnem,¹ Gustavo Bussmann Schreiber,¹ Gustavo Furtado Coronel,¹ Renata Wetzel Vieira,¹ Edgard Solon de Pontes,² Gustavo Goettert,³ Marcelo Lange Agra^{3,4}

¹ *Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

² *Médico Cardiologista. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.*

³ *Médico Cirurgião Vascular. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.*

⁴ *Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

*Contato: sabinapedrotti@hotmail.com

Introdução. Forame oval patente (FOP), presente em cerca de 25% da população adulta, é uma condição congênita que viabiliza a passagem de um trombo venoso para a circulação arterial sistêmica na chamada embolia paradoxal (EP). EP frequentemente evolui com acidente vascular encefálico, mas também é responsável por oclusão arterial periférica, sendo potencialmente fatal.

Objetivo. Relatar caso de embolia paradoxal atendido em hospital-escola.

Descrição do caso. SMWR, feminino, 56 anos, hígida, submetida a escleroterapia de varizes no membro inferior esquerdo (MIE), sem relato de intercorrências. Evoluiu, no 5º dia, com sinais flogísticos no local da intervenção, inicialmente ignorados. No 8º dia, apresentou dor torácica inespecífica, procurando atendimento na emergência ao se intensificar, sendo liberada após analgesia e resultados normais de exames laboratoriais, ecografia abdominal, radiografia torácica e eletrocardiograma. No 12º dia, devido à persistência de dor torácica de leve intensidade associada à tosse e dor em MIE, buscou atendimento com cardiologista, que detectou sopro cardíaco +/5, sem atrito ou arritmias, ECG sem alterações e

TRABALHOS

exame físico sem empastamento de panturrilha, edema ou hiperemia. Em ecocardiografia apresentou evidência de estruturas móveis, pedunculadas em átrios direito e esquerdo sugestivas de mixoma, contudo, não descartada possibilidade de grande trombo represado em FOP. Prescrito dabigatrana 150 mg de 12/12h. No 13º dia, paciente foi atendida na emergência devido à perda de força e dor em membro superior direito (MSD) com 1 hora de evolução. Ao exame físico, apresentava palidez em MSD, ausência de pulso braquial e distais, sensibilidade e motricidade presentes. No MIE havia presença de varizes reticulares, telangiectasias, edema 2+/4 (i.e. classe 3), sinal de homans positivo, sem empastamento de panturrilha e sinais vitais estáveis. Solicitado angiotomografia de MSD que evidenciou trombo em artéria axilar direita, sendo indicada embolectomia via artéria braquial direita. No pós-operatório imediato, houve boa evolução com reperfusão, pulsos distais palpáveis e retorno das funcionalidades do membro. Deu-se, então, seguimento na investigação de fonte emboligênica, realizaram-se ecografia com doppler venoso de MIE, demonstrando trombo em veias gastrocnêmicas e fibulares, e ecografia com doppler transesofágico, que evidenciou a presença de FOP. Também foi investigado trombofilias, sendo resultados negativos para etiologias investigadas. Após recuperação cirúrgica, houve correção do FOP com implante de dispositivo endovascular de oclusão. No 22º mês de pós-operatório, paciente mantém boa perfusão do MSD, com pulsos cheios e simétricos. Nos membros inferiores, persistem alterações de doença venosa crônica classe 3 e ausência de sinais clínicos de síndrome pós trombótica. Em ecografia com doppler de controle, há recanalização das veias acometidas, sem sinais ecográficos de síndrome pós trombótica em MIE ou sinais de estenose residual no exame arterial.

Discussão. EP deve ser sempre suspeitada e investigada em pacientes com trombose venosa sistêmica que apresentam sinais de embolia arterial sistêmica. É uma situação rara que exige tratamento individualizado para cada caso. Se manejado adequadamente, o prognóstico tende a ser excelente.

Conclusão. EP se limita a presença de FOP associada à sintomatologia inespecífica e baixa prevalência. Por isso, a importância da suspeita a partir da evolução clínica do paciente.

Descritores. Trombose Venosa Profunda, Forame Oval Patente, Embolia Paradoxal, Embolectomia, Cirurgia Vascular.

GLOMERULOSE FOCAL E SEGMENTAR VARIANTE TIP

Bárbara Spall,^{1*} Eduarda Stopiglia Roth,¹ Eduardo Signor Basso,¹ Isabele Dal Sochio Gobatto,¹ Francine Machado,¹ Michel Cristian Grasel,¹ Gabrielle Azambuja,¹ Cynthia Caetano,² Claus Dieter Dummer²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: barbaraspall@hotmail.com

Introdução. A glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) é um processo patológico crônico causado por lesão nos podócitos nos glomérulos. A prevalência mundial da GESF é crescente, representando de 25-30% das causas de síndrome nefrótica (SN) primária e causa importante de progressão para a Doença Renal Crônica (DRC).

Objetivo. Relatar o caso de paciente com SN primária associada à GESF variante TIP (lesão apical).

Descrição do caso. L.S., masculino, 45 anos, apresenta-se com dispnéia progressiva, oligúria e edema nos membros inferiores (MMII). Procurou atendimento médico com quadro de oligúria e anasarca, pressão arterial (PA) de 150/90 mmHg e diurese de 400ml/24h. Exame Quantitativo de Urina com 4+ de proteína, albumina 2,43, creatinina (Cr) 1,56, ureia (Ur) 130. A proteinúria de 24h foi dosada e seu resultado foi 7412 mg/24h. O diagnóstico clínico inicial foi SN de etiologia a esclarecer. Realizada biópsia renal percutânea e iniciada corticoterapia intravenosa (IV) com metilprednisolona (10 mg/kg/dia). Recebeu alta após boa resposta a corticoterapia com resolução do quadro de anasarca. Na consulta de revisão: peso 82,5kg, 1+/4+ de edema em MMII, PA de 130/80mmHg. Exames: EQU sem proteinúria, Ur 38, Cr 1,05; albumina 2,58; proteinúria 35; creatinúria 81, com uma relação P/C igual a 0,43 g/24h. Biópsia renal indicando GESF apical. Manteve-se corticoterapia oral (1 mg/kg/dia de prednisona). Material (fragmentos rim): Imunofluorescência: sem imunomarcações nas pesquisas realizadas. Microscopia de luz: adesões capsulares fibrosas, incremento da matriz mesangial com obliteração de segmentos dos lúmens capilares glomerulares com histiócitos espumosos em polo urinário. Raras células mononucleadas no interstício. Túbulos com epitélio trófico e fibrose intersticial <5%. Conclusão: achados compatíveis com glomeruloesclerose focal e segmentar variante "TIP".

Discussão. GESF apresenta-se com proteinúria nefrótica e edema. Hipertensão é frequente e função renal pode estar comprometida no momento do diagnóstico. A GESF associada à SN em 50-70% dos casos adultos resulta em progressão para DRC terminal de 10 anos. De etiologia desconhecida, tem sido atribuída a mecanismo de lesão podocitária, ligada a fator circulante ou pela presença de fator de permeabilidade – sugere que lesões no podócito podem causar proteinúria e cicatriz glomerular. Logo, a lesão clássica da GESF é focal (em alguns glomérulos) e segmentar (apenas lóbulos dos glomérulos). A presença de fibrose intersticial está associada ao pior prognóstico. A classificação de Columbia é mais

TRABALHOS

utilizada, com 5 variantes morfológicas, como a apical (TIP). O tratamento farmacológico é realizado com corticoterapia e/ou imonossupressores, para controle de proteinúria, redução do desenvolvimento de fibrose tubular e consequente evolução para DRC. Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) reduzem a proteinúria em até 50% e são usados para controlar a pressão arterial.

Conclusão. De acordo com os critérios da classificação de Columbia, a GESF com lesão apical apresenta uma melhor resposta terapêutica e índices superiores de remissão. Também, entre os subtipos histológicos, a variante TIP apresenta menor evolução para a DRC. O diagnóstico clínico precoce, a indicação de biópsia renal e conhecimentos médicos sobre as alternativas terapêuticas são fatores decisivos no tratamento das glomerulopatias.

Descritores. Síndrome Nefrótica, Nefropatia, Doença Renal.

HEMATÚRIA COMO SINAL PARA O DIAGNÓSTICO DE LITÍASE VESICAL: RELATO DE CASO

Caroline Inês Grandi,^{1*} Letícia Schneider Selbach,¹ Letícia Trivilin,¹ Henrique Py Laste,² João Vicente Laste Rodenbusch,³ Sandro Eduardo Laste,⁴ Paulo Roberto Laste⁴

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: carol_grandi10@hotmail.com

Introdução. Os cálculos vesicais são raros, mais comuns em homens e geralmente associados à estase urinária e ao esvaziamento incompleto da bexiga. Podem ser assintomáticos ou apresentarem sintomas como disúria, hematúria, hesitação, dor na glândula, dor supra-púbica e, em algumas situações, retenção urinária. O tratamento desses cálculos vesicais deve levar em consideração o seu tamanho, composição, bem como a efetividade da técnica escolhida.

Objetivo. Discutir a importância de investigar litíase vesical na vigência de hematúria associada a sintomas do trato urinário inferior.

Descrição do caso. Paciente masculino, 64 anos, procura emergência com quadro de hematúria, retenção urinária e dor. Refere que há 24h vem apresentando hematúria franca, associado à disúria intensa. Relata que há 2 meses apresenta sintomas de polaciúria, noctúria, urgência associado à incontinência, com melhora parcial dos sintomas com os tratamen-

tos aplicados. Refere que recentemente teve alta hospitalar após ter estado hospitalizado, por 10 dias, para tratamento de uma infecção multirresistente na urina com urocultura positiva para *Pseudomonas aeruginosa*. Solicitado passagem de sonda vesical para irrigação vesical com SF devido à intensidade da hematúria, mas houve dificuldade, pois o paciente sentia muita dor e desconforto. Foram coletados exames laboratoriais, entre eles o exame qualitativo de urina com urocultura e uma tomografia computadorizada de vias urinárias, que evidenciou um cálculo no interior da bexiga com cerca de 4,1 cm e com 500HU. Na história pregressa, paciente já tinha realizado por 3 vezes cirurgia de ureterolitotripsia por cálculos em ureter e no sistema coletor. Atualmente, sem cálculos no rim ou em ureter. Paciente submetido à cistolitotomia aberta com ótima evolução no pós-operatório e retirada da sonda vesical em 14 dias. No momento, o paciente encontra-se estável e assintomático.

Discussão. A presença dos cálculos de bexiga gera uma sintomatologia semelhante a um quadro de cistite. Contudo, muitos pacientes podem apresentar infecção do trato urinário (ITU) associado, uma vez que a litíase predispõe à infecção. Os grandes cálculos vesicais (maiores do que 2,0cm) formados em pacientes com obstrução vesical ou bexiga neurogênica podem ser tratados por cirurgia aberta. Existem muitas modalidades para o tratamento do cálculo vesical, incluindo a cistolitotripsia eletrohidráulica, ultra-sônica, pneumática ou com laser; LEOC; cistolitotomia percutânea e cistolitotomia aberta. Essa última pode ser indicada nos casos de cálculos grandes, duros refratários à abordagem endoscópica, na presença de anatomia anormal para permitir acesso seguro. Pode ser ainda aplicada quando há procedimento aberto concomitante, como prostatectomia ou diverticulectomia, ou nos casos de impossibilidade de transpor a uretra. Diferentes taxas de pacientes livres de cálculo são descritas, sendo: litotripsia extracorpórea com ondas de choque (75-100%), cistolitotripsia transureteroscópica (63-100%), cistolitotripsia percutânea (89-100%) e cirurgia aberta (100%).

Conclusão. É importante investigar litíase vesical nos pacientes que se apresentarem com sintomas urinários baixos e hematúria, devido ao quadro ser semelhante à ITU. A cistolitotomia aberta permite resolução segura do quadro de litíase, principalmente nos cálculos grandes, chegando a uma taxa de cura de 100%.

Descritores. Cálculos da Bexiga Urinária, Hematúria, Sistema Urinário.

HEMORRAGIA EM OBSTETRÍCIA – UM RELATO SOBRE RUPTURA UTERINA

Júlia Tonin,^{1*} Janaína Hartmann Blank,¹ Liliâne Letícia Possa,¹ Anelise da Silva Machado da Luz,¹ Manoela Go-

TRABALHOS

ergen Mueller,¹ Larissa Lenz Kniphoff da Cruz,¹ Marina Tavares Ferreira,¹ Marcelo Dowrzecki,² Leandro Luís Assmann,³ Adriana Funk³

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Residente do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: juliatonin97@gmail.com

Introdução. A ruptura uterina representa uma grave complicação obstétrica e refere-se a ruptura completa de todas as camadas uterinas, gerando alterações no estado de saúde da mãe e do feto. É caracterizada por dor abdominal intensa, anormalidades na frequência cardíaca fetal e sinais de hemorragia intra-abdominal em mulheres com histórico de cirurgias uterinas ou trauma recente.

Objetivo. O presente relato de caso tem como objetivo descrever um caso de ruptura uterina na gestação.

Descrição do caso. Paciente feminina, 33 anos, G5C3A1, IG de 23 semanas e 5 dias, procura o serviço de obstetrícia por dor abdominal intensa, difusa e de início súbito. Nega comorbidades. Apresenta-se em bom estado geral com sinais vitais estáveis. Exame especular com leucorreia fisiológica sem sinais de sangramento. Ao exame abdominal apresenta-se com abdome gravídico, RHA presentes, flácido e com dor à palpação difusa, sem sinais de peritonismo. O hemograma mostrou Hb 9,4, leucócitos 17.400 e 237.000 plaquetas. O EQU evidenciou leucocitúria com nitritos positivos além de intensa bacteriúria. A US de abdome evidenciou pequena a moderada quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. A US obstétrica mostrou feto longitudinal pélvico com BCFs de 149 bpm, movimentação fetal presente, líquido amniótico normal, placenta prévia grau I e peso fetal de 618 gramas. Foram solicitados novos exames laboratoriais que mostraram Hb 6,7; Hct 21; paciente persistia com queixa de dor abdominal difusa associada a distensão e mucosas hipocoradas. Dessa forma, foram solicitados novamente hemograma com os seguintes resultados: Hb 6,4; Hct 19,1 e plaquetas 200.000; e US abdominal, a qual evidenciou, grande quantidade de líquido livre, sugestivo de conteúdo hemático. Na conduta, foi prescrito 2 CHAD e indicado laparotomia exploratória diagnóstica. Paciente foi diagnosticada com abdome agudo hemorrágico e encaminhada para cesárea e histerectomia. O neonato nasceu vivo, porém não sobreviveu em razão da prematuridade.

Discussão. A ruptura uterina em gestantes é um evento raro que leva à ruptura de todas as camadas do útero. É mais prevalente em mulheres que já tiveram uma incisão transmiométrica prévia, como no parto cesárea. Alguns fatores de risco para sua ocorrência são: alta paridade, idade materna avan-

çada, curto intervalo de tempo entre gestações, macrossomia fetal, gestação múltipla, polidrâmnio e uso de misoprostol ou de ocitocina em pacientes com cirurgias uterinas anteriores. As manifestações clínicas no pré e intraparto são: mudança da frequência cardíaca fetal, dor abdominal constante que pode ser acompanhada por alterações hemodinâmicas, diminuição do tônus uterino, parada das contrações uterinas se antes presentes, sangramento vaginal e hematúria. O diagnóstico é feito pela laparotomia, a qual permite visualizar a ruptura de todas as camadas uterinas com sangramento ativo e hemoperitônio. Após o diagnóstico deve-se estabilizar hemodinamicamente a gestante e realizar cesariana com urgência. O tipo de abordagem cirúrgica depende do estado geral materno, do desejo de fertilidade futura e do tipo e da extensão da ruptura uterina.

Conclusão. A ruptura uterina é uma situação grave na obstetrícia. A ocorrência é rara e tem elevada associação com morbimortalidade materno-fetal. O diagnóstico deve ser feito o mais rápido possível para estabelecer abordagem terapêutica adequada.

Descritores. Ruptura Uterina, Gravidez, Hemorragia.

HÉRNIA DE LITTRÉ COM ENCARCERAMENTO EM HÉRNIA PARAUMBILICAL: RELATO DE CASO

Gabrielly da Silva Jesus,¹ Phâmella Weneranda Cezarotto Dall Agnol,¹ Raquel Hamerski Mizdal,¹ Bruna Cristina Siegert,¹ Larissa Lenz Kniphoff da Cruz,¹ Nadia Orling Tagliari,¹ Silvio Márcio Pegoraro Balzan²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: gabriellysjesus@mx2.unisc.br

Introdução. A hérnia de littré é caracterizada pela protusão de um divertículo de Meckel através de um orifício herniário e representa uma condição rara. É mais comum em homens e geralmente assintomática. Raramente é diagnosticada no pré-operatório, sendo mais comumente um achado ocasional transoperatório. O tratamento visa evitar complicações, como perfurações e sangramentos.

Objetivo. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de hérnia de Littré com encarceramento encontrada ocasionalmente durante uma colecistectomia.

Descrição do caso. Paciente masculino, 68 anos, consulta por episódios recorrentes de dor epigástrica há cerca de 6 meses, referindo também episódios de dor em região umbilical há mais tempo. Ao exame do abdômen nenhum achado anormal.

TRABALHOS

Ecografia abdominal demonstrando apenas colelitíase. Foi então submetido a cirurgia videolaparoscópica e identificado, além de colelitíase, a presença de hérnia paraumbilical com orifício herniário de cerca de 1 cm e conteúdo encarcerado, além da presença de aderências junto ao orifício herniário. O conteúdo herniado foi reduzido e tratava-se de um divertículo de Meckel, com sinais de sofrimento em sua extremidade. Devido ao risco de perfuração em virtude do aspecto observado optou-se pela ressecção do divertículo, realizada de maneira convencional através da tração do segmento de intestino delgado através do orifício do trocarter umbilical. Adicionalmente foi realizada herniorrafia e colecistectomia. Não houveram intercorrências e o paciente encontra-se assintomático após um mês de acompanhamento.

Discussão. A hérnia de Littre é extremamente rara, com cerca de 50 casos descritos na literatura e se refere a protusão de divertículo de Meckel através de orifício herniário, podendo ocorrer sobretudo em hérnias inguinais (50%), femorais (20%) e umbilicais (20%). O divertículo de Meckel é um remanescente do ducto vitelino, tem uma prevalência de 0,3% a 3% na população em geral, e ocorre na borda antimesentérica do íleo, geralmente entre 30 e 90 cm da válvula ileocecal, medindo 3 a 6 cm de comprimento e 2 cm de diâmetro. As hérnias de Littre são geralmente assintomáticas e diagnosticadas incidentalmente, assim como ocorreu no caso relatado, apesar do relato de desconforto em região umbilical. Os sintomas geralmente decorrem de complicações, presentes em cerca de 4% dos casos e relacionadas ao divertículo (inflamação, obstrução ou perfuração), ou à presença de hérnia associada (estrangulamento, fístulas enterocutâneas, obstrução ou encarceramento). O tratamento ainda não está claramente definido, consistindo usualmente na ressecção do divertículo e herniorrafia. Entretanto conduta conservadora, com redução do conteúdo herniário e herniorrafia, pode ser utilizada quando não houverem complicações. No caso descrito foram identificados sinais de sofrimento na ponta do divertículo encarcerado, optando-se por ressecção do mesmo.

Conclusão. O achado ocasional de hérnia de Littre durante cirurgias abdominais apesar de raro merece atenção pelo risco de complicações. O tratamento deste tipo de hérnia compreende usualmente a redução e ressecção do divertículo (opcional na ausência e complicações) e herniorrafia. A descrição deste caso pode contribuir para futuros diagnósticos e manejos dessa patologia incomum.

Descritores. Hérnia Abdominal, Cirurgia, Divertículo de Meckel, Herniorrafia.

INVESTIGAÇÃO DE LESÃO ÓSSEA CRANIANA: RELATO DE CASO

Weverton Aparecido Sousa Pereira,^{1*} Aleksandra Oliveira de Moura,¹ Maria Eduarda Günther Oliveira Drumm,¹ Ana Leonora C. de Bortoli,¹ Fernando Baldissera Holsbach,¹ Andressa Wendland,¹ Leticia Staub Waechter,¹ Mateus de Arruda Tomaz,¹ Antônio Manoel de Borba Júnior²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: wevertonsousapsa@gmail.com

Introdução. O crânio é um local comumente acometido por diversas metástases, como carcinoma do pulmão, mama, tireoide, de células renais e melanoma maligno. Particularmente, o câncer de pulmão tem uma íntima relação com metástases ósseas em até 36% dos pacientes em estudos post-mortem. A metástase craniana derivada do carcinoma de pulmão é comum, entretanto é raro seu diagnóstico ser anteposto ao achado maligno no sítio primário, haja vista a prevalência de 3% de metástase cranial em relação às outras metástases esqueléticas. Desse modo, faz-se necessária a exposição desse relato, visto que sua manifestação e seu achado anteposto são excepcionais.

Objetivo. Relatar o aparecimento de metástase óssea craniana precedido do diagnóstico no possível sítio primário pulmonar.

Descrição do caso. Paciente feminina, 45 anos, consultou na Unidade de Atendimento Ambulatorial de Neurologia por cefaleia frontal recorrente e com intensidade crescente. Queixa também de emagrecimento significativo e dor à pressão na região frontotemporal esquerda. Além disso, referia dor à mastigação. Foi solicitada uma tomografia computadorizada de crânio onde verificou-se uma lesão na região frontoparietal esquerda do crânio. Isto posto, foi solicitado raio-X de tórax para investigação do possível sítio primário da lesão metastática, no qual foi identificada lesão pulmonar provavelmente neoplásica. Após esses achados, a paciente foi encaminhada para o serviço de oncologia.

Discussão. Lesões ósseas de crânio são apresentações raras que, muitas vezes, são identificadas acidentalmente, porém podem estar relacionadas a patologias graves. As lesões metastáticas ósseas são um dos motivos mais comuns dos pacientes buscarem orientações médicas, basicamente por resultar em dor crescente e severa. Isso porque há uma invasão da lesão na calota craniana, ocasionando fratura patológica. As apresentações clínicas são heterogêneas e estão correlacionadas com a invasão da lesão, localização única na calota, dor focal superficial e problemas estéticos são verificados e em alguns casos são assintomáticos; caso invada a dura-máter e espaço intradural, aumento da pressão intracraniana, irritação meníngea e sinais neurológicos focais são identificados. Na investigação das origens da lesão óssea, deve ser reali-

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

zada a exclusão de sítios primários frequentes como neoplasia pulmonar, renal e mamária. Sendo essa última, o tumor metastático mais comum para crânio. Além disso, é importante fazer diagnóstico diferencial com meningioma, por possuir apresentações radiológicas, tomográficas e angiográficas semelhantes.

Conclusão. A lesão pulmonar neoplásica foi apontada como provável sítio primário da injúria metastática craniana, entretanto teve como limitação a não realização de biópsia. O achado da lesão pode, raramente, ser precedido do diagnóstico do tumor primário. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha em casos de metástases cranianas, pois, geralmente, promove diminuição e alívio dos sintomas. Por fim, é importante identificarmos se uma lesão é primária ou metastática a fim de estabelecer o prognóstico, além da possível mudança de conduta terapêutica nesses tipos de pacientes.

Descritores. Crânio, Metástase Neoplásica, Diagnóstico por Imagem, Oncologia Cirúrgica, Prognóstico.

ISQUEMIA MESENTÉRICA

Lucas Brum de Azambuja,^{1*} Ana Paula Bolzan,¹ Juliane Jungues,¹ Luiz Miguel Doncatto,¹ Bruna Tolfo de Oliveira,¹ Jonatan Leo Heck,¹ Gustavo Lazaroto Swarowsky,² Inácio Swarowsky,³ Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky³

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Medicina. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: lucasbrum.a@hotmail.com

Introdução. A isquemia mesentérica é uma patologia com altas taxas de letalidade. Ela pode ter apresentação crônica ou aguda. A irrigação esplâncnica se dá por três principais ramos arteriais: tronco celíaco, artéria mesentérica superior (AMS) e inferior (AMI). Na maioria dos casos mais de um dos três ramos arteriais devem ser obstruídos, tendo em vista a extensa trama anastomótica entre os mesmos, para que ocorra aporte sanguíneo inadequado e subsequente isquemia. O diagnóstico é predominantemente clínico, e quando ocorre de maneira precoce com associação a uma terapêutica adequada, pode diminuir as taxas de morbimortalidade.

Objetivos. Caracterizar a isquemia mesentérica aguda e seu quadro clínico, com propósito de abreviar o tempo de diagnóstico, além de abordar as possíveis condutas frente ao caso.

Descrição do caso. Paciente adulto, 61 anos, masculino, foi encaminhado de outra cidade, em caráter de urgência, para um hospital da cidade de Santa Cruz do Sul. Paciente apresentava suporte de oxigênio, sonda nasogástrica, acesso venoso

periférico e sonda vesical de demora. Estava lúcido, pressão arterial 160/110, Saturação 92%, HGT 152, FC variando (168-100-193) ritmo regular. Paciente referia dor abdominal de forte intensidade há uma semana. No exame físico, apresentava-se lúcido, desidratado, hipocorado, abdômen distendido com sinais de irritação peritoneal sem mais achados significativos. Paciente foi encaminhado para laparotomia exploradora, a qual encontrou-se extensa isquemia mesentérica em toda porção do intestino delgado e parte do cólon incompatível com a vida. Apresentava também múltiplas perfurações do intestino delgado, além de fezes na cavidade abdominal. Mantive-se medidas de suporte no pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva, o qual paciente evoluiu a óbito.

Discussão. A isquemia mesentérica aguda é caracterizada por uma instalação abrupta dos sintomas, que são: dor abdominal intensa, alteração aguda do trânsito intestinal, náuseas, vômitos, distensão abdominal e diarreia. Se faz necessário ressaltar que a maioria dos casos não é diagnosticado corretamente, o que contribui para sua estagnação na taxa de mortalidade quando comparado a décadas passadas. As alterações laboratoriais mais comuns são a hemoconcentração, a leucocitose, o aumento do ânion Gap e, em casos avançados, a acidose láctica. O diagnóstico é dado pela suspeita clínica associado por manifestações sintomáticas típicas e um exame de imagem demonstrando a oclusão, o exame de escolha é a Angiografia Tomografia Computadorizada quando levada em conta sua elevada especificidade e sensibilidade. O tratamento consiste na inicial estabilização do paciente e o tratamento da resposta inflamatória sistêmica, após estabilização e constatação da etiologia isquêmica se deve seguir para o tratamento cirúrgico de revascularização e retirada, quando necessário, da região isquêmica.

Conclusão. Em quadro sugestivo de isquemia mesentérica, tendo em vista sua letalidade, é imperativo que se faça um diagnóstico clínico correto no menor tempo possível a partir da chegada do paciente instável à unidade de atendimento. O exame físico do paciente é substancial para a triagem inicial. Exames de imagem e laboratoriais também contribuem para a confirmação da suspeita diagnóstica, porém exigem tempo de preparo e de realização que devem ser incorporados à decisão por utilizá-los.

Descritores. Abdome Agudo, Isquemia Mesentérica, Laparotomia.

LEIOMIOSSARCOMA DE VEIA CAVA INFERIOR RECIDIVANTE: RELATO DE CASO

Phâmella Weneranda Cezarotto Dall Agnol,^{1*} Vinícius Dal Piva Pieta,¹ Sabrina Pedrotti,¹ Érika Luiza Maschio,¹ Isabela Dorneles Pasa,¹ Bruna Beck Nunes,¹ Victoria

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

Lucateli Bernardi,¹ Camila Urach dos Santos,¹ Monique Emanuelli,¹ Silvio Marcio Pegoraro Balzan²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: phamizinha@yahoo.com.br

Introdução. Leiomiossarcoma de veia cava inferior (VCI) se refere ao acometimento neoplásico de células musculares lisas da camada média dos vasos sanguíneos, sendo o tumor mais comum do sistema venoso, ainda que raro. É mais frequente no sexo feminino na sexta década de vida. Dor abdominal inespecífica é o sintoma mais prevalente. A ressecção cirúrgica do tumor seguida de reconstrução da VCI é o tratamento mais utilizado. O tamanho do tumor é um dos principais fatores prognósticos, sendo a sobrevida em cinco anos de 30% a 53% nos pacientes submetidos a ressecção completa.

Objetivo. Descrever um caso de recidiva tardia de leiomiossarcoma de veia cava inferior após ressecção completa e comparar com dados da literatura.

Descrição do caso. ECJ, 58 anos, submetida há 4 anos à cirurgia de ressecção de leiomiossarcoma primário de veia cava inferior infrarrenal diagnosticado durante avaliação de dor abdominal. Realizou-se ressecção de veia cava com reconstrução da mesma, utilizando-se tubo de peritônio. O anatomopatológico descreveu como sarcoma grau I com margens livres sem indicação para tratamento complementar. Após 4 anos iniciou com dor em flanco direito com irradiação para membro inferior direito. Exames de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética) revelaram lesão recidivante em retroperitônio, com obstrução completa de fluxo em veia cava e surgimento de volumosa veia colateral periaórtica, além de comprometimento de veia e artéria renais direita, com extensão da lesão até desembocadura da veia renal esquerda. Realizou-se nova ressecção de veia cava incluindo enxerto prévio de peritônio e nefrectomia direita, sem reconstrução vascular, mas com preservação de veia colateral volumosa. Evolução pós-operatória sem intercorrências com melhora da sintomatologia. Anatomopatológico descreveu margens comprometidas da face em contato com aorta. Paciente realizou então radioterapia pós-operatória e permanece assintomática após 6 meses.

Discussão. Leiomiossarcoma de veia cava inferior representa cerca de 5% a 10% dos sarcomas de partes mole e, até hoje, foram descritos por volta de 300 casos. O quadro clínico depende basicamente da localização e tamanho do tumor, sendo inespecífico, com dor abdominal, edema de extremidades, perda de peso. Os exames pré-operatórios de maior acurácia para a lesão são tomografia computadorizada e ressonância magnética. Entretanto, o diagnóstico definitivo é obtido

somente por estudo histopatológico da peça. O tratamento constitui-se basicamente em ressecção completa com margens livres e reconstrução de veia cava. Porém, quando existe comprometimento de pedículo renal, a nefrectomia é indicada. A recorrência ocorre em até 40%, sendo 11% recidivas locais e 29% à distância, podendo ocorrer simultaneamente. A ressecção completa nas recidivas parece ser mais eficaz que o tratamento com radioterapia ou quimioterapia apenas, estes podendo ser utilizados de forma adjuvante. No caso relatado, apesar das margens livres na cirurgia inicial, houve recidiva retroperitoneal com comprometimento de pedículo renal direito.

Conclusão. O manejo da recorrência do leiomiossarcoma de veia cava continua sendo um desafio já que não há uma abordagem padrão. A cirurgia de ressecção radical permanece o tratamento de escolha. Na recorrência o tratamento também deve visar ressecção completa das lesões. A radioterapia pode ser utilizada de forma adjuvante ou como tratamento paliativo em casos irresssecáveis.

Descritores. Leiomiossarcoma, Veia Cava Inferior, Recidiva Local de Neoplasia.

LENTIGO MALIGNO: UM RELATO DE CASO

Helena Hickmann Bender,^{1*} Carolina Czegelski Duarte,¹ Isabela Nizarala Antonello,¹ Marie Louise Herberths Sehnem,¹ Vitor Lamberty Salbego²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: helena.bender@hotmail.com

Introdução. O lentigo maligno (LM) é um subtipo de melanoma in situ que se apresenta como uma mácula assimétrica enegrecida de pigmentação irregular, em áreas cronicamente fotoexpostas - geralmente em cabeça e pescoço. Progrediente lentamente e seu crescimento é radial. É mais prevalente em idosos, com pico dos 65 aos 80 anos. Corresponde a 4 a 15% dos melanomas invasivos, mas pode evoluir por décadas até adquirir potencial de invasão. São mais comuns em face e região cervical - somente 20% são extrafaciais, localizados principalmente em membros superiores. Possui características típicas à dermatoscopia, como estruturas romboidais e granulares anulares e aberturas foliculares pigmentadas assimétricas. A análise histopatológica é o padrão ouro para diagnóstico, visto que se assemelha a outras lesões cutâneas benignas, como ceratoses, lentigo solar e líquen plano.

Objetivos. Relatar caso de LM extrafacial em paciente fora da faixa etária típica e abordar suas particularidades. Discutir a relevância de incluir o LM como hipótese diagnóstica diante de lesões de pele hipercrômicas e assimétricas. Realizou-se

TRABALHOS

revisão do prontuário e de literatura de 2013-2018.

Descrição do caso. Paciente feminina, 40 anos, com lesão em deltoide esquerdo há 10 anos em crescimento há 2 anos. Nega prurido, dor ou drenagem de secreção pela lesão. Refere exposição solar diária, sem uso de protetor solar. Ao exame físico, apresenta lesão assimétrica enegrecida, de bordos irregulares e diâmetro de 0,5 cm, sem relevo. Realizou-se exérese cirúrgica com margem vertical de 1 cm e horizontal de 0,7 cm. O laudo anatomopatológico indicou lesão central plana, pardacenta, fosca, irregularmente epitelizada, sem erosão ou ulceração, com 0,6 cm no maior eixo e limites cirúrgicos livres de neoplasia – diagnóstico de LM. A paciente foi encaminhada para acompanhamento no serviço de Dermatologia.

Discussão. O LM é um subtipo de melanoma in situ de difícil diagnóstico, pois sua apresentação assemelha-se a outras lesões cutâneas benignas. Assim, lesões assimétricas com pigmentação negra e irregular devem incluir a suspeita de LM, independente da idade. A biópsia excisional com análise histopatológica é o melhor método diagnóstico. Há várias opções de tratamento disponíveis, incluindo Imiquimod, radioterapia e crioterapia, porém a terapêutica de primeira escolha é a excisão cirúrgica com margens livres. Recidivas ocorrem em 3 a 50% dos casos, com maior frequência nos tratamentos não-cirúrgicos. Apesar da relevância de relatar o caso de LM, tendo em vista a importância de seu diagnóstico diferencial com lesões benignas, há limitações para este devido a escassez de dados do prontuário da paciente. O acompanhamento dermatológico não foi iniciado até o momento, portanto não há dados sobre o desfecho do caso e a revisão dermatológica. Assim, não foi possível descrever a avaliação de eventual recidiva e o exame dermatológico para identificação de outras lesões neoplásicas. Houve discrepâncias nos dados epidemiológicos do LM entre os autores.

Conclusão. O LM é uma consequência de processo de fotodano crônico. Assim, é importante cogitar a hipótese de LM diante de lesões enegrecidas, irregulares e assimétricas em pacientes com histórico de exposição solar. O diagnóstico precoce e a excisão cirúrgica completa do tumor, evitam que este se torne invasivo e metastático. É necessário o acompanhamento dermatológico dos pacientes, a fim de detectar a ocorrência de recidivas e de novas lesões.

Descritores. Lentigo Maligno, Melanoma, Dermatoscopia, Biópsia.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO BOLHOSO: RELATO DE CASO

Gustavo Bussmann Schreiber,^{1*} Guilherme Scheibler,¹ Ana Paula Avila Vaz,¹ Natália Garcia,¹ Eduardo Luis Pochmann²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: gustavoschreiber@gmail.com

Introdução. O lúpus eritematoso sistêmico (LES) apresenta vários subtipos, dentre eles um mais raro, conhecido como lúpus eritematoso sistêmico bolhoso (LESB), no qual a ocorrência é bastante incomum na infância e adolescência. O LES bolhoso possui características clínicas e imunopatológicas distintas, uma vez que, as alterações histológicas clássicas do LES, como atrofia da epiderme e degeneração hidrópica da camada basal, estão ausentes no LESB.

Objetivo. Relatar um caso de LESB, atendido num Hospital do interior do Rio Grande do Sul, em criança, cuja patologia é rara nessa faixa etária.

Descrição do caso. Paciente M, raça negra, 8 anos de idade, consulta em ambulatório de reumatologia em fevereiro de 2012, acompanhado da mãe que relata peregrinação por vários dermatologistas, sem diagnóstico ou tratamento para lesões de pele de seu filho, que iniciaram, há 3 anos da data da consulta, na face e membros superiores em forma de bolhas, além de fotossensibilidade, alopecia e artralgia. Com o passar do tempo, as lesões se expandiram para abdome, membros inferiores, dorso e couro cabeludo, sendo indolores, sem prurido e todas com o mesmo padrão de acometimento. Realizado biópsia de lesão, em abril de 2012, o resultado mostrou depósito de macrófagos, linfócitos. A investigação laboratorial não apresentou alterações e foi iniciado prednisona 1mg/kg/dia e azatioprina 100mg com melhora das lesões, evoluindo de forma que supuraram e, posteriormente, formaram lesões crostosas cicatriciais. O diagnóstico firmado foi de lúpus bolhoso, forma rara de acometimento cutâneo, com boa resposta ao tratamento. Foi mantido manutenção de azatioprina 100mg/dia, prednisona 10mg/dia e hidroxiquina 200mg/dia.

Discussão. O Lupus Eritematoso Sistêmico é uma desordem potencialmente fatal, já que compromete componentes fundamentais do sistema imune. Aproximadamente 76% dos pacientes com LES apresentam lesões cutâneas em alguma fase da doença; sendo que esses, menos de 5%, apresentam lesões vesiculo-bolhosas. As manifestações clínicas caracterizam-se por vesículas ou bolhas, de conteúdo seroso ou hemorrágico, em face, pescoço e tronco. As lesões são localizadas tanto nas áreas expostas, quanto nas não expostas ao sol. As bolhas evoluem sem deixar cicatrizes ou míliais. Alguns fatores desencadeantes são a suspensão da corticoterapia, fase aguda da doença e foto exposição. Ainda que a atividade das lesões cutâneas não tenha relação com a atividade sistêmica, em todo caso de LES bolhoso deve-se sempre monitorizar as alterações sistêmicas como no LES.

TRABALHOS

Conclusão. No relato foram observadas alterações inflamatórias que perfazem com manifestação sistêmica. Além disso, embora haja boa evolução na maioria dos casos, a demora no início do tratamento pode levar a cicatrizes desfigurantes, afetando muito a integração social do paciente. O prognóstico do LES bolhoso depende da evolução da doença; na maioria dos casos apresenta duração inferior a um ano, com remissão sem complicações. No caso apresentado a idade de início não coincide com a literatura que indica entre 20 a 59 anos, sendo raro na infância e na velhice. Ressalta-se assim a relevância do estudo, já que se trata de uma dermatose bolhosa rara.

Descritores. Reumatologia, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Fotossensibilidade, Artralgia.

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA DE PAVILHÃO AURICULAR E CONDUTO AUDITIVO EXTERNO EM PACIENTE IDOSA

Tamires Macedo da Silva,^{1*} Gabriela de Matos,¹ Gabriela Maycá Sanfelice,¹ Letícia Maria de Moura,¹ Mariana Gonçalves Kehl,¹ Monique Zambra Messerschmidt,¹ Roberta Gelsdorf Pinto,¹ Ingrid Wendland Santanna,² Andresa Thier de Borba²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: tamimedimed@gmail.com

Introdução. Malformação da orelha externa (OE) é um tipo de anomalia congênita que causa transtornos nos indivíduos acometidos. Denomina-se microtia a malformação da OE, podendo ser completa (anotia) ou parcial, com apêndices vestigiais. A OE possui como funções a proteção das orelhas média e interna e amplificação da pressão sonora, sendo constituída pelo pavilhão auricular, conduto auditivo externo (CAE) e pela camada superficial da membrana timpânica. A malformação de OE pode cursar com perda auditiva e danos psicológicos. A incidência aproximada desta malformação é de 1 por 2000 nascidos vivos, de tal forma que a apresentação unilateral é a predominante. O lado mais acometido é o direito, correspondendo a 60% dos casos. O lado esquerdo representa 20%, assim como os tipos bilaterais. Além disso, a prevalência maior é no sexo masculino, na proporção de 2 para 1. Associação de fatores genéticos são encontrados em 4,9% dos pacientes, considerando-se os familiares mais próximos.

Objetivo. Descrever um caso de malformação congênita de pavilhão auricular e conduto auditivo externo.

Descrição do caso. M.D.N, 87 anos, parda, vem a consulta

apresentando queixa de perda auditiva em ambos os ouvidos. Relata malformação do pavilhão auricular direito desde o nascimento. Ao exame visualiza-se microtia à direita, enquanto que o pavilhão auricular e o CAE esquerdo apresentam-se normais. Na audiometria verificou-se perda auditiva neurosensorial moderada em orelha esquerda. Na orelha direita apresenta perda auditiva mista de grau profundo. Com o objetivo de melhorar a audição, indicou-se prótese auditiva em orelha esquerda. Paciente optou por não realizar investigação e nenhum tratamento para melhora auditiva e estética em orelha direita.

Discussão. Em casos de malformação de orelha é comum o achado clínico da perda auditiva, sendo íntima a relação com o local acometido: orelha externa, orelha média e/ou orelha interna. É frequente a associação entre malformação congênita de OE e malformação de orelha média, visto que ambas possuem igual origem embriológica. Entretanto, apenas cerca de 20% dos casos de agenesia de orelha interna irão cursar com alteração da OE, uma vez que o desenvolvimento da orelha interna ocorre em estágio gestacional precoce em relação à OE. Conforme a literatura, em torno de 20 a 40% dos pacientes com microtia têm uma outra malformação associada, de tal forma que em até 75% dos casos a atresia de CAE está presente. Em relação à idade ideal para a reconstrução auricular, é consenso que os fatores psicológicos e anatômicos devem ser considerados. Segmentos de cartilagem das costelas são viáveis se o indivíduo tem o desenvolvimento físico necessário, geralmente a partir dos 8 anos de idade. Quanto aos exames complementares, a audiometria é útil para avaliar o quanto a capacidade auditiva está prejudicada, entretanto, não é capaz de determinar a extensão da malformação, sendo, assim, a tomografia computadorizada de osso temporal relevante nestes casos.

Conclusão. As malformações congênitas de orelha trazem consequências para o indivíduo, que podem ser desde estigmas sociais até alterações funcionais, como perda auditiva variada. Quando específica da OE são denominadas microtia completa ou parcial. A reconstrução cirúrgica é uma opção satisfatória quando desejada pelo paciente, no entanto, exige condições físicas e psicológicas adequadas.

Descritores. Microtia, Anotia, Pavilhão Auricular.

MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DECORRENTES DE UMA REATIVAÇÃO DO VÍRUS HERPES ZOSTER

Roberta Gelsdorf Pinto,^{1*} Letícia Maria de Moura,¹ Mariana Gonçalves Kehl,¹ Gabriela Maycá Sanfelice,¹

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

Gabriela de Matos,¹ Monique Zambra Messerschmidt,¹ Tamires Macedo da Silva,¹ Andresa Thier de Borba,² Ingrid Wendland Santanna²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: robertagpinto@hotmail.com

Introdução. A apresentação de herpes zoster é causado pela reativação do vírus da varicela, nos nervos cranianos e gânglios espinhais dorsais. Essa reativação ocorre quando o sistema imunológico está comprometido, sendo bastante comum em indivíduos imunocomprometidos, por patologias como câncer, HIV, imunossupressão pós transplante ou após quimioterapias entre outros tratamentos que causam a diminuição do sistema imunológico. Pode ser transmitido por contato direto, por secreções respiratórias ou inclusive por objetos contaminados por secreção de vesículas de pacientes infectados. O período de incubação pode variar de 10 a 20 dias após o contato. Relatamos um caso de um paciente imunocompetente que apresentou dois episódios de reativação do herpes vírus em um período de 6 meses.

Objetivo. Relatar alterações otorrinolaringológicas decorrentes da apresentação do Herpes Zoster.

Descrição do caso. D.C., feminino, 29 anos procurou atendimento por apresentar um quadro de paralisia facial por herpes zoster. Nesta paralisia facial inicial, a paciente apresentava vesículas no pavilhão auricular lado direito, com paralisia da musculatura da hemiface direita. Realizou tratamento com prednisona e aciclovir por 10 dias e o quadro evoluiu muito bem. Após 6 meses, ela foi encaminhada para o atendimento otorrinolaringológico novamente por apresentar disфония persistente. Na consulta, durante o exame de videolaringoscopia verificou-se diminuição da mobilidade da prega vocal direita. Foi realizado um teste imunológico para herpes vírus IgM e este apresentou-se alterado indicando doença ativa. Foi recomendado uma nova medicação para herpes zoster, concluindo-se que o quadro de herpes havia retornado em outra apresentação, agora comprometendo a prega vocal. Atualmente, relata melhora porém ainda apresenta paralisia parcial da prega vocal direita. Foi encaminhada para tratamento com fonoaudióloga.

Discussão. A Síndrome de Ramsay Hunt trata-se de uma complicação que acomete cerca de 0,2% dos pacientes com Herpes Zoster. Geralmente ocorre uma paralisia facial periférica e vesículas no pavilhão auricular após reativação do Vírus da Varicela Zoster no Gânglio geniculado do nervo facial. Os nervos cranianos mais acometidos são o Nervo Facial e o Vestíbulo-oclear. A manifestação clínica é bastante variável, depende do par craniano atingido, e seu comprometimento, usual-

mente é unilateral. Não é uma doença contagiosa, porém, o vírus herpes zoster pode ser encontrado nas bolhas presentes junto da orelha e ser transmitido para outros causando catapora em indivíduos que não tiveram antes a infecção. O que chama atenção no caso relatado é o fato de seis meses após o herpes zoster manifestar-se na orelha direita, causando paralisia da hemiface de mesmo lado, foi que houve a ocorrência da reativação do vírus ocasionando uma paralisia de uma prega vocal direita, sendo o diagnóstico etiológico confirmado através do exame IgM do herpes vírus ativo. Ademais, é importante ressaltar da importância de se investigar os casos de disфония, assim como da necessidade de fazer o diagnóstico precoce da causa do problema e por seguinte o tratamento.

Conclusão. Em suma, a Síndrome de Ramsey Hunt é uma condição rara da infecção pelo Vírus Herpes Zoster e de difícil diagnóstico bem como o fato de além de ter causado uma paralisia da hemiface e orelha direita também afetou a prega vocal de mesmo lado, gerando o desconforto relatado pela paciente.

Descritores. Herpes Zóster, Otorrinolaringologia, Paralisia das Pregas Vocais.

MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA SÍNDROME DE DIGEORGE

Gabriela de Matos,¹ Letícia Maria de Moura,¹ Mariana Gonçalves Kehl,¹ Gabriela Maycá Sanfelice,¹ Roberta Gelsdorf Pinto,¹ Monique Zambra Messerschmidt,¹ Tamires Macedo da Silva,¹ Ingrid Wendland Santanna,² Andresa Thier de Borba²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: gabynha.23@hotmail.com

Introdução. A síndrome de DiGeorge (SDG) é um distúrbio congênito resultante de defeito embrionário das células da crista neural das terceira e quarta bolsas faríngeas. A alteração genética que se relaciona com a síndrome é secundária a deleção de diversos segmentos genéticos da região 11 do braço longo do cromossomo 22 (22q11). A prevalência na população não é exatamente definida Caracteriza-se por distúrbios cranianos e faciais, alterações do palato, defeitos do conduto auditivo, hipoplasia do timo e paratireoides, malformações esofágicas e cardíacas, sendo que as manifestações clínicas dos pacientes com SDG podem ser observadas ainda no período neonatal. A síndrome é classificada em completa e parcial. No caso da completa, apresentam diminuição importante das células T. Desta forma, os pacientes cursam

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

com infecções generalizadas, por germes oportunistas, havendo altos índices de mortalidade. Já na parcial, a contagem de células T é normal, com resposta linfoproliferativa variável.

Objetivo. Relatar alterações otorrinolaringológicas decorrentes da Síndrome de DiGeorge.

Descrição do caso. L.O.R.S, branco, masculino, 3 anos de idade, natural de Santa Cruz do Sul, foi encaminhado para o atendimento otorrinolaringológico aos 3 meses de idade após teste da orelhinha alterado. Na avaliação, verificou-se importante estreitamento de condutos auditivos externos, face sindrômica e orelhas de implantação baixa. Na tomografia confirmou-se a estenose dos condutos, sendo as orelhas internas completamente íntegras. No Teste de Bera para confirmar alteração na audição, concluiu-se por diminuição da audição da orelha esquerda. Concomitantemente, apresentou atraso importante do crescimento, além de diversos episódios de rinosinusites, assim como fala anasalada. Na investigação genética o paciente foi diagnosticado com Síndrome de DiGeorge. Atualmente está em acompanhamento para uma possível cirurgia com o objetivo de melhorar a qualidade da fala. Com o crescimento da criança, mesmo que lento, houve melhora no estreitamento dos condutos auditivos, não sendo necessário nenhum procedimento cirúrgico. Acompanha com imunologista, realizando imunoterapia para melhora da imunodeficiência. Com sete anos será analisado a necessidade de tratamento para o crescimento, uma vez que atualmente o hormônio do crescimento encontra-se normalizado.

Discussão. Os defeitos embriológicos da Síndrome de DiGeorge causam alterações na anatomia do ouvido, podendo gerar hipoacusia e estenose do conduto auditivo. Defeitos na formação do timo geram imunodeficiência, justificando os quadros de rinosinusites de repetição como no caso descrito. Deve-se monitorar rigorosamente o crescimento da criança, pois atrasos são esperados em função da síndrome. Possíveis alterações no palato e boca pequena em formato de peixe podem levar a voz anasalada. Atraso na fala pode ser justificado pela dificuldade maior na aprendizagem.

Conclusão. Em suma, os defeitos otorrinolaringológicos gerados pela síndrome de DiGeorge podem ser frutos diretamente do defeito anatômico, como também secundários a outras alterações, como no caso da imunodeficiência ocasionada pela hipoplasia do timo.

Descritores. DiGeorge, Otorrinolaringologia, Hipoacusia.

MELANOMA EM VULVA: RELATO DE CASO DE RARO TIPO DE MELANOMA

Laura Timm Junqueira,^{1*} Jaqueline Brivio,¹ Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Marie Louise Herberts Sehnen,¹ Jaqueline Barboza,² Gabriel Timm Junqueira³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Feevale, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: laura_tjunqueira@hotmail.com

Introdução. O melanoma de vulva (MV) é um tipo de melanoma de mucosa, com incidência baixa de 0,1 a cada 100.000 mulheres. Ao contrário dos melanomas cutâneos, não está relacionado com exposição solar e cerca de 20% tende a ser multifocal e 40% amelanóticos. Agressivo e de prognóstico reservado, é mais comum em mulheres brancas, entre 60 e 70 anos e sua sintomatologia é principalmente o prurido e o sangramento. Os locais mais frequentes são os lábios menores (80%), seguido por lábios maiores (13%) e o clitóris (7%). Mesmo tendo até 70% das pacientes diagnosticadas com doença localizada, a sobrevida em 5 anos fica entre 25% e 54%. O diagnóstico é confirmado por biópsia, sendo também recomendados a avaliação de DNA para investigações de mutações e o estadiamento. Em função da gravidade desse tumor, as pacientes diagnosticadas devem ser submetidas à exame pélvico, tomografia ou ressonância magnética do sítio primário e tomografia ou PET-CT para avaliar metástases à distância. De acordo com as bibliografias, o tratamento do tumor primário é a exérese com margens amplas, visto que não há comprovação de melhor prognóstico quando realizada cirurgia radical. Também importante para o prognóstico, a biópsia de linfonodo sentinela (BLS) é controversa e a linfadenectomia radical deve ser feita apenas quando houver doença linfonodal confirmada. Além disso, acompanhamento multidisciplinar e exames especulares periódicos devem ser feitos com intensão de detectar precocemente recorrências, que ocorrem em até 60% dos casos.

Objetivos. Apresentar um relato de caso de melanoma raro de vulva e fazer breve revisão sobre o assunto.

Descrição do caso. Paciente feminina, branca, de 37 anos, procurou sua ginecologista por apresentar lesão melanocítica no lábio menor esquerdo da vulva, com evolução de aproximadamente 6 meses. Não apresentava sintomatologia, nem histórico familiar. Realizou biópsia incisional, cujos anatomopatológico e imuno-histoquímica evidenciaram melanoma vulvar. Exames de imagem foram negativos. Foi submetida a procedimento cirúrgico com BLS. Até o momento, aguarda-se resultado das margens cirúrgicas e do BLS, para decidir-se sobre linfadenectomia radical e necessidade de cirurgia radical ou não.

Discussão. O melanoma de vulva é um melanoma de mucosa de incidência baixa, porém, ainda assim, ginecologistas devem atentar para o seu surgimento em pacientes, principalmente brancas e de idade entre 60 e 70 anos, visto que sua mortali-

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

dade é alta. Atualmente, discute-se entre os autores se o melhor resultado prognóstico seria a cirurgia radical ou apenas a exérese com margens amplas, visto que, muitas das pacientes com este tipo de lesão desenvolverão metástases sistêmicas e deve-se fazer o máximo para preservar a qualidade de vida. Outra questão discutida, e que no caso descrito foi feita, é a BLS; a doença linfonodal no melanoma de vulva é um importante fator prognóstico, sendo a sobrevida em 3 anos de 56% nos resultados negativos contra apenas 15%, caso positivo. A bibliografia traz como uma conduta racional, mesmo que os estudos com a BLS serem raros. Além disso, o acompanhamento das pacientes é muito importante, para detecção precoce de recidivas.

Conclusão. O caso da paciente, descrito neste trabalho, chama atenção pela idade inferior a normalmente encontrada neste tipo de lesão e, por isso, a abordagem médica pós-biópsia deve ser muito revisada e discutida entre os médicos cirurgiões para que a sobrevida da paciente seja a melhor possível.

Descritores. Melanoma, Histologia, Neoplasias Vulvares, Biópsia de Linfonodo Sentinela.

MELANOMA MUCOSO RETAL: UM RELATO DE CASO

Marina Tavares Ferreira,^{1*} Luiza Rubenich Cremonese,¹ Weverton Aparecido Sousa Pereira,¹ Luiz Miguel Doncatto,¹ Alex Schwengber²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: marinatferreira@outlook.com

Introdução. Melanoma: tumor maligno originado de mutações nos melanócitos (que surgem da crista neural e distribuem-se para todos tecidos, sobretudo para pele). Por isso, a sua principal localização é na pele (90%), entretanto, podem ser encontrados em qualquer tecido. Apesar da baixa incidência de melanoma em mucosas, os mais frequentes são na região retal, anorretal e anal (0,05%). Devido à raridade, ao difícil diagnóstico e ao mau prognóstico, faz-se necessária a apresentação do caso, visto que o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado melhora a sobrevida do paciente.

Objetivo. Relatar um caso de melanoma retal, discutindo a literatura, com enfoque em diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Descrição do caso. M.L.B., 71 anos, feminina, iniciou com episódios esporádicos de hematoquezia de volume moderado 45 dias antes da 1ª consulta, sem outros sintomas. A colonoscopia evidenciou lesão polipoide maior de 2cm, acima

da linha pectínea, superfície lobulada e ulcerações; sem possibilidade de uma ressecção, retirou-se fragmento para análise. O anatomopatológico constatou melanoma maligno infiltrativo em mucosa retal, elevado índice mitótico e ausência de necrose. Nos exames de imagem, a ressonância revelou neoplasia vegetante no reto inferior, compatível com clínica de melanoma, sem extensão extra-visceral ou invasão do canal anal e a PET-CT evidenciou lesão vegetante hipermetabólica na luz do reto inferior, compatível com a clínica de neoplasia primária; linfonodos hipermetabólicos mediastino-hilares, com dimensões normais e alguns densos indeterminados. Tratamento: ressecção local ampliada da lesão com exame anatomopatológico intraoperatório, evidenciando margens livres. A paciente realizará quimioterapia e radioterapia adjuvantes.

Discussão. O melanoma anorretal é dificilmente encontrado (principalmente primário), e, desde sua 1ª publicação, 1857, até 2010, foram relatados 600 casos no mundo, justificando a escassez de dados epidemiológicos. A clínica mais comumente encontrada é lesão única, tamanho variado, podendo ser polipoide, que se projeta à luz do órgão, de crescimento insidioso e agressivo, penetrando a parede anorretal até a pelve. Em geral acomete indivíduos entre 60 e 80 anos. A sintomatologia, como sangramento e prurido, assemelha-se a outras condições anorretais, sendo atribuída, em geral, a hemorroidas, plicomas e fissuras – diagnóstico diferencial – o que dificulta o diagnóstico. Para conclusão diagnóstica, recomenda-se o índice de Breslow, a avaliação anatomopatológica e a imunohistoquímica; exames de imagem são usados a fim de complementar o diagnóstico, estadiamento e presença de metástases. Sobre o tratamento cirúrgico, há divergências, e, dentre as possíveis técnicas, destacam-se: excisão local e ressecção abdominoperineal; poucos estudos comparam essas técnicas, porém, não há diferença quanto à sobrevida. Quanto ao tratamento não cirúrgico, há terapias adjuvantes (radio, imuno, braqui e quimioterapia) que não demonstram benefício significativo na sobrevida, embora a radioterapia evidencie efeitos no controle regional da doença. O prognóstico desse melanoma é ruim, com baixo índice de cura – sobrevida média de 20 meses; na presença de metástases, cai para 10%.

Conclusão. Melanomas retais frequentemente são confundidos com outras doenças anorretais devido a sua raridade, tornando seu diagnóstico difícil e em estágios avançados. Por isso, o prognóstico desse tipo de melanoma é ruim e com baixo índice de cura.

Descritores. Melanoma, Reto, Neoplasias Retais, Membrana Mucosa.

MENINGITE POR PNEUMOCOCO: DA

TRABALHOS

PERDA AUDITIVA BILATERAL PROFUNDA À REABILITAÇÃO COM IMPLANTE COCLEAR

Gabriela Maycá Sanfelice,^{1*} Gabriela de Matos,¹ Leticia Maria de Moura,¹ Mariana Gonçalves Kehl,¹ Roberta Gelsdorf Pinto,¹ Monique Zambra Messerschmidt,¹ Tamires Macedo da Silva,¹ Ingrid Wendland Santanna,² Andresa Thier de Borba²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: gabrielasanfelice96@gmail.com

Introdução. O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é uma bactéria gram-positiva, capsulada, que tem 90 sorotipos distintos de extrema relevância epidemiológica mundial na distribuição das doenças invasivas e não-invasivas, como pneumonias, meningites, rinossinusites e bronquites. É o patógeno mais comum em meningites bacterianas, representando 47% dos casos. Sua transmissão se dá através de gotículas de saliva ou muco. Sabe-se que a prevenção através da vacina pneumocócica é a forma de evitar a morbimortalidade elevada, como as perdas auditivas neurossensoriais congênitas ou adquiridas, vertigem e zumbido decorrentes da infecção pelo pneumococo ao afetar o nervo vestibulococlear.

Objetivos. Reforçar a importância do exame físico e relatar a reabilitação do paciente com perda auditiva neurossensorial bilateral devido à meningite pneumocócica, através do implante coclear.

Descrição do caso. Feminina, 37 anos, natural de Santa Cruz do Sul, procurou o pronto atendimento com cefaleia súbita e enjoos. Sem realizarem exame físico, recebeu medicação para enxaqueca, cuja sintomatologia é semelhante, e dessa forma foi liberada. Não obtendo melhora, retornou ao serviço, o exame físico revelou sinais positivos para irritação meníngea e lesão auditiva. Foi realizada punção lombar de líquido cefalorraquidiano que confirmou meningite por pneumococo. A audiometria diagnosticou perda auditiva neurossensorial de grau profundo em ambos ouvidos, sendo válido ressaltar que a paciente não tinha queixa auditiva prévia à meningite. A paciente permaneceu internada em uso de antibioticoterapia com melhora do quadro infeccioso, porém diagnosticada com vertigem e depressão. Segue em uso de oxalato de escitalopram, piracetam 400mg e cinarizina 25 mg. Após um mês de alta, realizou o implante coclear com retorno da função auditiva e permanece em acompanhamento com otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, psiquiatra e neurologista.

Discussão. No caso descrito em que o agente infeccioso atingiu o nervo auditivo, a alternativa foi o implante coclear. Os

implantes são dispositivos eletrônicos que permitem a reabilitação auditiva de indivíduos com perda auditiva neurossensorial severa à profunda bilateral, que não se beneficiariam com o uso de aparelho de amplificação sonora individual. Seu funcionamento consiste em estimular eletricamente as fibras do nervo auditivo, realizando de forma parcial a função da cóclea. Embora haja pouca literatura que relacione perda auditiva bilateral com quadros de meningite em adultos, alguns autores reforçam que a meningite pneumocócica pode ocasionar ossificação da cóclea, o que inviabilizaria a reabilitação auditiva com implante coclear ou insucesso do mesmo. Porém, no caso dessa paciente ao implantar de forma imediata ao diagnóstico, o prognóstico da adaptação é bom, sendo importante o acompanhamento otorrinolaringológico e fonoaudiológico frequentes.

Conclusão. Portanto, alerta-se para a necessidade de realizar exame físico completo dos pacientes, pois um diagnóstico precoce pode evitar danos graves decorrentes de infecção, como a perda auditiva. Sendo assim, é imprescindível que esses pacientes recebam avaliação audiológica pré e pós-infecção, já que a deficiência auditiva interfere em diversos aspectos psicológicos e a reabilitação deve ser um plano terapêutico imediato, seja com implantes cocleares ou com aparelhos de amplificação sonora, para que esses pacientes tenham a possibilidade de novamente ouvirem quem amam.

Descritores. Cóclea, Implante, Surdez, Meningite, Pneumococo.

MIOCARDIOPATIA ARRÍTMICA ASSOCIADA À EXTRASSÍSTOLE VENTRICULAR EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO

Alice de Moura Vogt,^{1*} Daiane Mattje Rodrigues,¹ Tamires Macedo da Silva,¹ Tiago Fortuna²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: alicemv@mx2.unisc.br

Introdução. A miocardiopatia arritmica (MA) define-se pela presença de uma taquicardia sustentada ou episódios de taquicardia ou ectopia frequentes, que cursam com disfunção ventricular. Pode ser causada por fatores genéticos ou doenças cardiovasculares como hipertensão, doença cardíaca isquêmica ou doença valvar. A ectopia ventricular frequente caracteriza-se com mais de 10% dos batimentos cardíacos, na forma de extrassístoles ventriculares (EV) e associa-se a MA reversível, mesmo na ausência de arritmias ventriculares sustentadas. A apresentação clínica da MA é variável, entre-

TRABALHOS

tanto, geralmente envolve sinais e sintomas relacionados à insuficiência cardíaca e à taquiarritmia, a qual apresenta-se com palpitações, dispnéia e desconforto torácico. A incidência da MA é incerta, contudo, as EV são comuns, e ocorrem em aproximadamente 1% dos eletrocardiogramas (ECG) de rotina, incluindo pacientes com e sem doença cardíaca.

Objetivo. Descrever um caso de extrassístoles ventriculares resultando em miocardiopatia.

Descrição do caso. C.K.A, 21 anos procura o cardiologista com queixas de palpitações. Durante exames de rotina na empresa, identificado no ECG várias EV isoladas. Paciente sem fatores de risco, eutrófico, ativo. História familiar de cardiopatias hipertensivas. Realizou Holter de 24 horas que identificou 23.820 EV isoladas, 36 EV bigeminadas, e dois episódios de taquicardia ventricular não sustentada. Realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que identificou miocardiopatia com sobrecarga de ventrículo esquerdo, além de disfunção diastólica por relaxamento alterado. Procedeu com estudo eletrofisiológico e ablação dos focos de excitação ventricular, sendo comprovado em Holter posterior o controle das EV. ETT de controle seis meses após estabilização de arritmia, com melhora do padrão da miocardiopatia e ventrículo esquerdo normal, apresentando-se assintomático.

Discussão. Conforme a literatura, os quadros mais comuns de MA apresentam sintomas de insuficiência cardíaca, pois os pacientes com taquiarritmias sintomáticas procuram atendimento médico antes do desenvolvimento da miocardiopatia. O mecanismo das EV, não está esclarecido pois não são feitos exames invasivos nos pacientes, porém, sabe-se que há relação com atraso de condução e bloqueio unidirecional. A presença de EV está associada a achados característicos de história, exame físico e ECG. Sua ocorrência também pode ser a única indicação para a presença de uma variedade de formas hereditárias e adquiridas de doença cardíaca. Ademais, deve-se monitorar por 24 horas (Holter) para quantificar a frequência de EV e determinar se são monomórficas ou multimórficas; ETT para avaliar estrutura e função cardíaca e realizar teste de estresse em esteira ergométrica para avaliar a resposta das EV ao exercício. O ECG pode ser realizado para registrar o ritmo cardíaco e a FC ventricular, no entanto, não há achados específicos que diferenciem pacientes com e sem MA.

Conclusão. A escassez de estudos sobre MA demonstra a dificuldade em seu diagnóstico. A presença de EV, mesmo em paciente assintomático, requer investigação direcionada por especialista através da realização de exames complementares que elucidem o caso. Certamente a suspeita clínica determina uma investigação mais ampla, um diagnóstico com precisão, e por consequência um tratamento direcionado e com caráter curativo.

Descritores. Miocardiopatia, Taquiarritmia, Extrassístole Ventricular.

MOLA HIDATIFORME: A CARACTERIZAÇÃO DA FORMA MAIS FREQUENTE DE DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Paula Fischer,^{1*} Eduarda Lemos Wink,¹ Ana Maria Almeida Gouveia,¹ Dennis Baroni Cruz²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: paulah.fischer@gmail.com

Introdução. A mola hidatiforme (MH) é uma forma da doença trofoblástica gestacional (DTG), consiste em um tumor benigno que se origina da placenta, embora potencialmente possa evoluir para a malignidade. O tumor é produto da fecundação, portanto, seu quadro clínico e complicações são característicos da gravidez. Pode se apresentar de forma completa, que são mais comuns e anembrionadas, ou parcial, na qual há um embrião inviável.

Objetivos. Relatar e descrever um caso de MH e a importância de seu diagnóstico precoce.

Descrição do caso. Paciente, sexo feminino, 19 anos, gestante, G1P0A0. Inicia pré-natal na ESF com 12 semanas de idade gestacional (IG). Apresentava altura uterina incompatível com a IG, hiperêmese gravídica, níveis pressóricos de 140x60 mmHg, sangramentos ocasionais. À Ecografia transvaginal presença de vesículas preenchendo a cavidade uterina e ausência de embrião. Conclusão: MH. Encaminhada para curetagem, fazendo acompanhamento em ambulatório especializado em DTG.

Discussão. As DTG possuem características genéticas e histopatológicas diferentes, podem ser MH completa e MH parcial, podem assumir formas invasoras e/ou malignas. No Brasil, estima-se que ocorra 1 caso para 200-400 gestações. Histopatologicamente, a MH completa não possui elementos fetais, possui proliferação exacerbada do trofoblasto e mais atípicas quando comparada com a parcial. O cariótipo da MH completa resulta da fecundação de um óvulo sem núcleo ativo, assim, todos os genes advêm do espermatozóide, podendo ser XX ou XY. Na MH parcial é comum triploidia ou tetraploidia, ocorre quando um óvulo normal é fecundado por dois espermatozóides ou um diplóide. A patologia apresenta sangramento vaginal intermitente e progressivo, útero hipertônico, indolor e maior do que o esperado para a idade gestacional calculada, útero em sanfona, com variações de tamanho, cistos tecaluteínicos, hiperêmese gravídica, níveis de HCG muito elevados, pré-eclâmpsia precoce, vesículas hidrópicas, ecos uterinos amorfos e sintomas gravídicos exacerbados. Na ultrassonografia é possível encontrar no primeiro trimestre

TRABALHOS

múltiplos cistos de diferentes tamanhos com ausência de embrião. No segundo trimestre é possível observar múltiplas vesículas geradas pelo edema das vilosidades. Ademais, na MH parcial pode-se encontrar alterações císticas focais na placenta e aumento da relação entre o diâmetro transversal e ântero-posterior, alterações no formato do saco gestacional, restrição do crescimento fetal e múltiplas malformações. A doença pode apresentar complicações como Mola invasora, que corresponde a maioria dos casos de neoplasia trofoblástica gestacional, sendo considerada uma sequela da MH; Coriocarcinoma, condição na qual ocorre a transformação maligna após MH, gravidez ectópica ou gravidez normal, a frequência de metástase é baixa, mas possível; Tumor trofoblástico do sítio placentário, variante agressiva e rara que acomete o útero, endométrio e miométrio, sendo composto basicamente por trofoblasto intermediário, podendo surgir após a MH, gravidez a termo ou abortamento.

Conclusão. A gravidez molar é uma condição obstétrica infrequente, contudo deve ser investigada como diagnóstico diferencial de sangramento genital no primeiro trimestre devido à gravidade de suas complicações. Dessa forma, o reconhecimento do quadro possibilita que seu diagnóstico ocorra de forma precoce, evitando sua progressão, conseqüentemente, evitando gastos desnecessários e maiores prejuízos à saúde das pacientes.

Descritores. Mola Hidatiforme, Relato de Caso, Gestação, Doença Trofoblástica Gestacional.

MUCINOSE FOLICULAR PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO

Laura Timm Junqueira,^{1*} Jaqueline Brivio,¹ Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Marie Louise Herberts Seh-nem,¹ Jaqueline Barboza,² Gabriel Timm Junqueira³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Feevale, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: laura_tjunqueira@hotmail.com

Introdução. A Mucinosose Folicular, MuF, também conhecida como Alopecia Mucínica, é uma mucinosose cutânea de incidência rara, caracterizada histologicamente pela deposição idiopática de mucina nos folículos pilosos. Apresenta duas formas de apresentação: a forma idiopática ou primária (benigna) e a forma secundária. A idiopática é mais comumente vista em crianças e jovens adultos, com resolução espontânea em até 2 anos. É caracterizada por uma ou poucas lesões com placas ou pápulas infiltrativas, eritematoescamosas, com folículos

proeminentes e ausência de pelos, principalmente em face e couro cabeludo. Já a forma secundária, é mais comum em pacientes idosos, com lesões generalizadas, relacionadas à diversos processos benignos e malignos, como o linfoma cutâneo de células T (Micose Fungoide). Esta pode preceder, ocorrer concomitantemente ou anos depois do aparecimento de MuF. Daí a importância de um acompanhamento com dermatologista posteriormente.

Objetivos. Apresentar um caso de Mucinosose Folicular primária e fazer breve revisão de literatura sobre o assunto.

Descrição do caso. Paciente feminina, branca, 22 anos, procurou dermatologista pelo aparecimento, há 2 meses, de lesão cutânea única, de aproximadamente 4 cm de diâmetro, assintomática, arredondada, bem delimitada, hipopigmentada, com ausência de pelos e com os folículos dilatados, em região anterior do antebraço esquerdo. Na superfície da lesão, percebia-se leve descamação. À exploração da sensibilidade da lesão, percebia-se leve diminuição de sensibilidade tátil e dolorosa. O primeiro tratamento foi feito com mometasona pela hipótese diagnóstica de Mucinosose Folicular, porém sem alteração da lesão. Após, foram feitas biópsia por Punch, que confirmou a suspeita de MuF primária e imunohistoquímica, para excluir diagnóstico diferencial de Micose Fungoide. Este também confirmou a hipótese diagnóstica. Após 5 meses, paciente voltou a procurar dermatologista pelo surgimento de 2 lesões novas, idênticas à primária, localizadas em região axilar esquerda e região lombar direita. A partir disso, foi feito novo tratamento, com clobetasol, por 14 dias. Percebeu-se diminuição discreta do diâmetro das lesões, da área de alopecia e da dilatação folicular. Paciente foi aconselhada a fazer acompanhamento com médica dermatologista, até o desaparecimento total das lesões, atentando, também, para o surgimento de novas lesões, e para a possível evolução de Micose Fungoide posteriormente.

Discussão. A MuF é uma doença rara, que acomete todas as raças, idades e sexos. De etiologia desconhecida, considera-se como um padrão de reação a diversas condições, podendo ser idiopática ou secundária a doenças benignas e malignas. Visto que a sua associação com doenças linfoproliferativas é alta, 15-30% dos pacientes com MuF desenvolverão Micose Fungoide, é importante o seguimento ambulatorial das lesões, por até 5 anos. Sua resolução, na forma idiopática, pode ser espontânea, porém, pode-se considerar corticoterapia tópica ou intralésional, PUVA e mostarda nitrogenada tópica para o tratamento. Na forma secundária, deve-se tratar a doença associada.

Conclusão. A paciente em questão encaixa-se no diagnóstico típico de MuF primária, tanto pela idade, morfologia e evolução da lesão. Porém, pela possibilidade de evolução para Micose Fungoide, é importante que ela continue com acompanhamento dermatológico periódico, por até 5 anos.

TRABALHOS

Descritores. Mucínose, Mucínose Folicular, Micose Fungoide, Alopecia.

NEFRITE INTERSTICIAL ASSOCIADA A ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL: UM RELATO DE CASO

Raíssa Casanova Vilaverde Gomes,^{1*} Raquel Hamerski Mizdal,¹ Camila Nunes Venâncio Pasetto,¹ Ana Carolina Milán Rodriguez,¹ Júlia de Moraes Costa,¹ William Luís Knebel Michael,¹ Claus Dummer²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: raissacasanovavg@gmail.com

Introdução. A lesão renal causada pela nefrite intersticial aguda (NIA) leva a um declínio da função renal e se caracteriza por infiltrado inflamatório no interstício e está frequentemente relacionada a medicamentos. Outras etiologias são distúrbios autoimunes, infecções e doenças sistêmicas. Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas inespecíficos. A NIA induzida por drogas ocorre em 70 a 75% dos casos e não depende de dose ou recorrência do uso. Das biópsias renais, a NIA é evidenciada em 1 a 3% e quando realizadas biópsias em lesão renal aguda, ocorre em 13 a 27%. Estudos sugerem que a incidência está aumentando, em especial, entre os idosos devido a polifarmácia, principalmente pelo uso de antiinflamatórios não-esteroides (AINE). Caso o AINE não seja interrompido, a fibrose intersticial pode progredir para insuficiência renal crônica (IRC).

Objetivo. Relatar a relação entre o uso de AINE e o desenvolvimento de nefrite intersticial aguda.

Descrição do caso. Paciente masculino, branco, 71 anos, hipertenso, assintomático. Realizou exames de revisão em janeiro 2018 na qual apresentou creatinina de 1,6 mg/dL. Quatro meses depois o exame foi repetido e a creatinina foi de 1,8 mg/dL (TFG 39,7 mL/min). Fez uso prévio de Naprix 10mg e HCTZ 25mg, ambos 1x/dia. Relatou problemas articulares no ombro necessitando de analgésicos e AINE. Ecografia renal evidenciou rins com tamanho normais. O EQU apresentou traços de proteína, que foi quantificada em amostra (IPC=0,18). Suspeitou-se de glomerulonefrite ou quadro obstrutivo, solicitou-se avaliação com urologista, marcadores virais e exames laboratoriais. Em 09/07, em novo controle da função renal, a creatinina se elevou para 1,9 mg/dl, os marcadores virais foram negativos e o fator obstrutivo foi descartado. Indicou-se biópsia renal dirigida por ecografia. No anatomopatológico (AP) se evidenciou NIA em atividade focal, discreta fibrose (10-20%),

com alguns eosinófilos e proporcional atrofia tubular. A imunofluorescência foi negativa e a microscopia eletrônica não acrescentou outros dados significativos. Considerando que o quadro de NIA apresentava atividade focal, iniciou-se Prednisona 60 mg/d por 14 dias. Em 02/08, a creatinina estava 1,5 mg/dl e o IPC 0,11. Após 21 dias, a creatinina manteve-se relativamente estável 1,6 mg/dl, bem como o IPC 0,12. Paciente orientado a seguir acompanhamento.

Discussão. O uso dos AINE pode induzir alterações na função renal e ocorrem de 1 a 5% nos pacientes que utilizam o fármaco. Estima-se que mais de 70 milhões de prescrições anuais aconteça, isso significaria mais de 2,5 milhões de pacientes com algum evento nefrotóxico anualmente. Juntamente com os aminoglicosídeos, os AINE são responsáveis por 90% das lesões renais relacionadas a drogas. A frequência do uso de AINE cresce devido à facilidade de acesso e a uma população mais idosa. O uso prolongado se correlaciona a fibrose intersticial progressiva e consequentemente insuficiência renal irreversível e cerca de 50% dos pacientes não recuperará totalmente a função renal. O prognóstico depende do tempo de duração da lesão renal aguda, sendo importante a detecção precoce da doença. O tratamento com corticoterapia mantém-se controverso na literatura, porém apresentou bom resultado na melhora da função renal do caso descrito.

Conclusão. A NIA relacionada ao uso de AINEs necessita de diagnóstico precoce e tratamento adequado para evitar fibrose intersticial irreversível e consequente DRC.

Descritores. Nefrite Intersticial Aguda, Antiinflamatório Não Esteroidal, Fibrose Intersticial.

NEFROPATIA POR IGA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA: UM RELATO DE CASO

Gabriela Carboni,^{1*} Lucas Brum de Azambuja,¹ Cynthia Caetano²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: gabrielacarboni.rs@gmail.com

Introdução. A nefropatia por IgA (NIgA) é uma glomerulonefrite (GN) caracterizada pela produção de imunoglobulina A (IgA) deficiente em galactose e seu depósito na matriz mesangial glomerular. Sua apresentação pode ser como glomerulonefrite primária, como parte da síndrome de púrpura de Honoch-Schoenlein ou secundária a uma série de condições extrarenais. A apresentação de GN rapidamente progressiva acomete menos de 10% dos casos.

Objetivo. Diante do estudo do caso, tem-se como objetivo

TRABALHOS

a atualização de conhecimento sobre os mecanismos de instalação do quadro de nefropatia pro IgA e sua apresentação clínica. Além disso, relata-se uma forma de menor ocorrência da patologia, sendo essa uma apresentação de rápida progressão.

Descrição do caso. O caso diz respeito à paciente do sexo feminino, branca, 30 anos, que teve seu estadiamento da função renal inicial, realizado através da dosagem de creatinina sérica igual a 1,85 mg/dL, com taxa de filtração glomerular (TFG) de 34 mL/min/1,73m². No acompanhamento subsequente, a paciente realizou nova dosagem de creatinina de 2,51 mg/dL, resultando em uma TFG de 24,83 mL/min/1,73m², e exames laboratoriais adicionais que mostraram sedimento urinário ativo, com hematúria microscópica, dismorfismo eritrocitário positivo acima de 80% e relação proteinúria/creatininúria de 3,4 g estimada em 24 horas. Nos achados à microscopia de luz da biópsia renal da paciente, foram identificados 33 glomérulos ao total. Destes, 5 encontraram-se globalmente esclerosados e os demais revelaram matriz e celularidade mesangiais aumentadas. Nos espaços de Bowman foram observados focos de adesões capsulares fibrosas e formações de crescentes. Foram identificados 13 crescentes fibrosos, 5 crescentes fibrocelulares e 4 crescentes celulares, sendo um total correspondente a 70% da amostra. À microscopia de imunofluorescência observou-se resultados positivo para IgA de padrão granular grosseiro em mesângio.

Discussão. Diante do relato, observa-se a relevância da pesquisa de glomerulonefrite mesmo em pacientes adulto-jovens com sinais iniciais inespecíficos de edema e hipertensão arterial sistêmica. Ao realizar análise dos resultados laboratoriais e imuno-histoquímicos do caso, conclui-se que a patologia já se encontra em estágio avançado, promovendo alterações irreversíveis à função renal. A existência da variante de rápida progressão, mesmo que em 10% dos casos, não anula o cuidado que deve ser despendido a ela, visando impedir o progresso das lesões. Os métodos diagnósticos da NIgA se mostram plenamente satisfatórios, possibilitando a pesquisa detalhada do quadro e contribuindo para o acompanhamento da evolução após início do tratamento.

Conclusão. De acordo com a Classificação de Oxford Modificada, a biópsia renal corresponderia a M1, S1, E0, T1, C2. Sendo assim, concluiu-se que a amostra da paciente apresentou, respectivamente: proliferação mesangial em >50% dos glomérulos, esclerose segmentar presente, hiper celularidade endocapilar ausente, fibrose intersticial em 26-50% da extensão, e crescentes em, pelo menos, 25% do glomérulo. Apesar do vasto arsenal de medicamentos imunossupressores ou imunomoduladores, os resultados das ações terapêuticas estão condicionados ao grau de fibrose intersticial. A melhor resposta terapêutica poderá ser obtida nos pacientes com baixo grau de fibrose intersticial e conseqüente menor chance de

evolução para a doença renal crônica.

Descritores. Glomerulonefrite por IGA, Nefropatia, Imunoglobulina A.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL DECORRENTE DE VOLVO DE CECO

Juliane Junges,^{1*} Ana Paula Bolzan,¹ Bruna Tolfo de Oliveira,¹ Jonatan Leo Heck,¹ Lucas Brum de Azambuja,¹ Ludimila Müller de Moraes,¹ Gustavo Lançanova Duré,² Sabriny Rezer Bertão,² Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky,³ Inácio Swarowsky³

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Residente do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: julianejunges97@gmail.com

Introdução. O volvo de ceco consiste na torção axial do segmento do tubo digestivo que envolve o íleo terminal, o ceco e o colo ascendente, causando obstrução intestinal. É responsável por 1 a 1,5% das obstruções intestinais em adultos e representa 25 a 40% dos volvos que envolvem o cólon. Incidência de 2,8 a 7,1 casos por milhão de pessoas, por ano, no mundo. Quadro clínico típico de dor generalizada ou localizada no quadrante inferior direito, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos aumentados, timpanismo, constipação, náusea e vômito.

Objetivo. Relatar um caso de obstrução intestinal decorrente de volvo de ceco.

Descrição do caso. Paciente feminina, 88 anos, interna com dor abdominal difusa há um dia, progressiva, associada a episódios de náusea e vômito. Referia não evacuar há dois dias, porém mantinha eliminação de flatos. Como história médica pregressa relatava quatro intervenções cirúrgicas, a saber: colecistectomia, colectomia à Hartmann e cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal e, após dois anos, laparotomia por abdome agudo obstrutivo. Ao exame físico, paciente apresentava abdome globoso, com cicatriz mediana infraumbilical, ruídos hidroaéreos presentes, depressível, massa palpável em região central do abdome, timpânica à percussão, com dor à palpação profunda, sem sinais de peritonismo. Ao toque retal foi possível palpar fezes em ampola. Radiografia de abdome evidenciou distensão de alça colônica com nível hidroaéreo. Solicitada tomografia de abdome para melhor elucidação do quadro, a qual evidenciou características sugestivas de volvo de ceco, como por exemplo, o sinal do giro. Como tratamento, realizada laparotomia com ileocectomia parcial e anastomose primária. Paciente apresentou boa

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

evolução pós operatória.

Discussão. Paciente com suspeita de obstrução intestinal evidenciada pela anamnese e exame físico deve ser investigado para detecção da causa obstrutiva. Casos de volvo de ceco estão relacionados principalmente com aderências pós operatórias. Outros fatores de risco são constipação crônica, repouso excessivo, lesões obstrutivas de cólon esquerdo, doença de Chagas, síndrome da mobilidade do ceco e fixação anômala do cólon direito. Exames complementares podem ser utilizados para diagnóstico. A radiografia de abdome é o primeiro a ser solicitado, os mais frequentes achados são dilatação cecal, ausência de gás no cólon distal, nível único de líquido e pequena dilatação do intestino. Retrata o sinal do grão de café, imagem radiológica que mostra o ceco dilatado preenchido com ar e fluido. Confirmação diagnóstica pode ser feita com enema opaco, colonoscopia ou tomografia computadorizada. O enema opaco, com 88% de sensibilidade, é o exame mais utilizado. A tomografia apresenta o característico sinal do giro, destacando o local em que os tecidos moles realizaram a torção. O tratamento visa desfazer o volvo, restaurando a vascularização intestinal e localizar alterações anatômicas que predispõem ocorrência de volvo de ceco. O tratamento cirúrgico é a primeira escolha com ileocelectomia e colectomia direita.

Conclusão. Paciente com volvo de ceco apresenta quadro clínico característico de obstrução intestinal. Principal fator de risco são as aderências pós operatórias. O diagnóstico é feito mediante anamnese, exame físico e exames complementares. Em geral, apresenta sinais clínicos e radiológicos bem definidos. O tratamento tem como objetivo principal desfazer o volvo restaurando a vascularização local.

Descritores. Volvo Intestinal, Obstrução Intestinal, Dor Abdominal.

OTITE MÉDIA SUPURATIVA COMPLICADA EM ADULTO JOVEM: UM RELATO DE CASO

Isabela Nizarala Antonello,^{1*} Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Bruna Tolfo de Oliveira,¹ Marie Louise Herberts Sehnem,¹ Ingrid Wendland Santanna,² Andresa Thier de Borba²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: isabela.antonello@gmail.com

Introdução. A otite média aguda (OMA), mais comum em crianças na idade escolar, é caracterizada pela presença de efusão aguda e evidências de inflamação no ouvido médio, acompanhada geralmente por dor, irritabilidade e febre. Na

maioria das vezes, a OMA é complicação da disfunção do tubo auditiva durante infecções virais do trato respiratório superior por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* ou *Streptococcus pyogenes*. Além de analgesia, amoxicilina é a antibioticoterapia de escolha, quando necessária. Entre as complicações provocadas pela OMA, a mais incidente é a perfuração da membrana timpânica (MT). Porém, com menor frequência, pode haver evolução para mastoidite, celulite periorbitária e meningite.

Objetivo. Relatar caso de OMA em adulto jovem e analisar as possíveis complicações decorrentes da doença, em especial as ocorridas no caso apresentado.

Descrição do caso. D. W. C, sexo feminino, 18 anos, relata resfriado comum com evolução para gripe e infecção no ouvido direito, com saída de secreção, febre, edema em região cervical e hemiface direita antes da internação, a qual teve duração de 5 dias. Hipótese diagnóstica: otite média serosa associado a mastoidite e celulite a direita. Iniciado tratamento com amoxicilina e clavulanato por 20 dias, paciente ainda com dor e zumbido no ouvido direito que piora ao ouvir sons agudos. Após alta hospitalar, em consulta ao ambulatório de otorrinolaringologia, ainda em uso de antibioticoterapia, revela melhora dos sintomas e audição. Ao exame físico apresenta, no ouvido direito, MT perfurada 30-40% em região inferior, com drenagem de secreção e presença de sinais flogísticos. No ouvido esquerdo, MT abaulada e hiperemiada, sem sinais de perfuração. Conclui-se, então, que paciente apresentou otite média serosa, após quadro de otite média aguda, foi prescrito prednisona 20 mg por 5 dias e orientado retorno se persistência dos sintomas.

Discussão. A perfuração da MT ocorre em até 7% dos casos de OMA, sendo sua resolução espontânea em até 2 semanas, porém com risco de perfuração crônica e timpanoesclerose. Já a mastoidite, outra complicação local possível pela OMA, ocorre em aproximadamente 1 a cada 1000 casos de OMA, quando as veias emissárias permitem a propagação da inflamação pelo periosteio da mastoide, resultando em periotite, dor e edema da musculatura retroauricular. Se não corretamente manejada, a mastoidite pode ocasionar a formação de abscessos subperiosteais, os quais necessitam de drenagem cirúrgica. A celulite é geralmente decorrente de otite média crônica, no entanto, a infecção pelo *Streptococcus pneumoniae*, principal agente causador de OMA, tem sido associada a várias complicações de cabeça e pescoço, como celulite orbitária, meningite e mastoidite que podem ser resultado de infecções pneumocócicas graves, inadequadamente tratadas ou resistentes, que surgem de sinusites comuns e infecções por otite média. Ainda, outras possíveis complicações locais da OMA são os abscessos, paralisia de nervo facial, labirintite e Síndrome de Gradenigo. Entre as complicações intracranianas,

TRABALHOS

podem ocorrer meningite, abscesso intracraniano, trombose de seio lateral e hidrocefalia óptica.

Conclusão. As complicações decorrentes da OMA são frequentes e, na era pré-antibiótica, estavam associadas a alta morbimortalidade. Atualmente, tais evoluções são menos complicadas, porém ainda são elevados os riscos de sequelas permanentes, como a redução da audição no ouvido afetado.

Descritores. Otite Média Supurativa, Mastoidite, Celulite Orbitária, Complicações.

PÂNCREAS ANULAR: RELATO DE CASO

Érika Luiza Maschio,^{1*} Sabrina Pedrotti,¹ Isabela Dorneles Pasa,¹ Natália Fortunati,¹ Bruna Beck Nunes,¹ Phâmella Weneranda Cezarotto Dall Agnol,¹ Monique Emanuelli,¹ Camila Urach dos Santos,¹ Silvio Marcio Pegoraro Balzan²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: erika-maschio@hotmail.com

Introdução. Pâncreas anular é uma anormalidade pancreática congênita incomum (1/10.000 nascimentos) que ocorre por volta da sétima semana de gestação, caracterizada por uma falha no giro do broto ventral, resultando em envolvimento circular parcial ou total da segunda porção duodenal por tecido pancreático. Passível de diagnóstico ainda durante a infância ou na vida adulta, entre a terceira e a sexta década de vida.

Objetivo. Apresentar a experiência de tratamento de um caso de pâncreas anular, ressaltando manifestações em adultos e opções terapêuticas.

Descrição do caso. DP, 47 anos, consulta com queixas de prurido e icterícia flutuante. Há 5 anos submetida à colecistectomia videolaparoscópica, sendo no pós-operatório identificado cálculo residual em colédoco. Na tentativa de retirada do mesmo por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) não se obteve sucesso, optou-se então, por coledocotomia e extração cirúrgica do cálculo associada à papilotomia. Nesta ocasião foi identificada a presença de pâncreas anular. Apresentou evolução pós-operatória adequada, tendo permanecido com dreno de kehr durante seis semanas. Após algumas semanas iniciou com quadro de prurido e icterícia subclínica intermitente, associado à alterações discretas e também intermitentes de transaminases e enzimas de colestase (atingindo duas a três vezes o limite superior da normalidade). Realizaram-se exames de imagem, incluindo ecografia e colangiorrisonância magnética (CPRM), que demonstraram a presença de pâncreas anular e leve dilatação das vias bil-

iares intra e extra-hepáticas. Foi submetida então à cirurgia de derivação biliar, sendo realizada hepático-jejunoanastomose. Paciente apresentou boa evolução com rápida melhora da sintomatologia e normalização dos exames laboratoriais.

Discussão. Cerca de dois terços dos casos de pâncreas anular em adultos permanecem assintomáticos. Se sintomas presentes, em geral se relacionam à obstrução duodenal ou biliar, porém a apresentação pode ser variável com dor abdominal, plenitude pós-prandial, vômitos, sangramento gastrointestinal, pancreatite aguda ou crônica. A obstrução biliar isolada, como no caso descrito, é muito rara. Exames de imagem, preferencialmente não invasivos, como a CPRM podem ser úteis para comprovação diagnóstica. Apesar dos achados radiológicos e endoscópicos indicarem a presença de pâncreas anular, o diagnóstico definitivo é obtido somente durante intervenção cirúrgica. No caso relatado, o diagnóstico foi inicialmente determinado durante procedimento cirúrgico, e a anomalia visualizada também em ressonância magnética. Não é necessário apresentar um anel completo ao redor do duodeno para o diagnóstico de pâncreas anular, visto que muitos pacientes podem ter uma fina faixa pancreática de tecido. O tratamento geralmente é cirúrgico e depende do tipo de apresentação, incluindo desde a ressecção do anel pancreático, duodenoplastia ou outras derivações duodenais, e anastomoses biliodigestivas. No caso relatado, com presença isolada de obstrução biliar, foi optado por hepático-jejunoanastomose como tratamento definitivo.

Conclusão. Devido à raridade desta entidade, estudos sobre apresentação clínica e tratamento são limitados. O tratamento definitivo é cirúrgico e direcionado às manifestações clínicas. A escolha da técnica cirúrgica depende então de adequada avaliação pré-operatória e análise criteriosa no transoperatório, a fim de se obter sucesso no tratamento cirúrgico com baixa morbidade.

Descritores. Pâncreas, Diagnóstico, Anormalidades Congênitas, Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório.

PAPILOMA INVERTIDO: UM RELATO DE CASO

Bruna Tolfo de Oliveira,^{1*} Marie Louise Herberts Sehnem,¹ Isabela Nizarala Antonello,¹ Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Andresa Thier de Borba,² Fernando Sthal Hermes³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Médico Otorrinolaringologista. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: tolofbruna@gmail.com

TRABALHOS

Introdução. O Papiloma invertido (PI) nos seios nasais, ou Papiloma de Schneider, é um tumor benigno do epitélio do trato respiratório, principalmente o não ciliado, sendo bem diferenciado e localmente agressivo. A incidência é rara, estimada em 1 caso anual a cada 100 mil pessoas, e corresponde a 4% dos tumores nasais. É mais provável de se desenvolver em homens, especialmente na quinta década de vida, porém pode ser encontrado em indivíduos entre 20 e 70 anos. O PI tem relevante potencial de transformação maligna, e é também bastante recorrente, mas sua etiologia e fatores associados não são totalmente compreendidos.

Objetivo. Relatar caso de papiloma invertido, diagnosticado em ambulatório de otorrinolaringologia.

Descrição do caso. M.V.B, masculino, queixa-se de obstrução nasal intensa há 2 meses. Com histórico de sintomas alérgicos, entre os quais espirros, prurido, coriza e obstrução nasal, fazia uso crônico de Sorinan. Ao exame físico, a endoscopia nasal revelou pólipos em fossa nasal esquerda associado a rinorreia. Fossa nasal direita sem alterações. Hipótese diagnóstica: pólipos antrocoanal. Foi solicitada tomografia de seios da face, que confirmou a suspeita diagnóstica. Foi realizada a exérese do tumor, associado a antrostomia maxilar e envio para anatomopatológico, que indicou papiloma invertido.

Discussão. O PI é muitas vezes diagnosticado após mais de um ano do início dos sintomas, os quais são inespecíficos e incluem obstrução nasal, rinorreia anterior e posterior, cefaleia, hiposmia, anosmia, epistaxe e dor facial. Até 23% dos casos podem ser assintomáticos e descobertos ao acaso. Entre os fatores de risco conhecidos, o PI é mais propenso a ocorrer em tabagistas, atópicos e pessoas em contato com níquel e soldas. A relação do PI com infecções pelos Papilomavírus humanos (HPVs) de alto e baixo risco é provável, porém ainda não há consenso a respeito dos mecanismos envolvidos. Acredita-se que o HPV, encontrado em até 40% dos casos de PI, esteja associado a fases tardias da lesão, uma vez que sua ação é sabidamente atuante em regiões previamente lesadas, inflamadas e displásicas. As lesões, costumam ser lobuladas, firmes, friáveis e sangrantes ao contato, ocorrendo em 88% dos casos no seio maxilar. PI podem coexistir com pólipos inflamatórios, o que leva a 17% de falsos negativos. Estima-se que 5-15% dos PI sofram transformação maligna, e até 56% desenvolvem carcinoma sincrônico. Pelo potencial maligno, a cirurgia radical em bloco, com margens livres, é indicada, sendo a maxilectomia medial transnasal endoscópica a opção mais recomendada. Maxilectomia medial por rinotomia lateral externa pode também ser feita, sendo a opção cirúrgica feita conforme extensão e características da massa. A recorrência ocorre com frequência semelhante tanto pela abordagem endoscópica quanto por via aberta, sendo diagnosticada em até ¼ dos pacientes com tumor primário tratado. Após remoção

do tumor primário, tumores recidivantes tendem a ser mais agressivos, estando geralmente associados a tumor residual.

Conclusão. O PI, apesar de benigno, tem importante risco de malignidade, sendo assim justificada sua ressecção ampla. Além disso, recorrências são frequentes e tendem a ser mais agressivas. Sua relação com o HPV, apesar de ainda não completamente estabelecida, é justificada especialmente pelo caráter recorrente da lesão, porém, com a recente campanha de vacinação contra o HPV, espera-se reduzir a incidência de PI nas próximas décadas.

Descritores. Papiloma invertido, Seios paranasais, Papillomaviridae.

PARANEOPLASIA CUTÂNEA DE ORIGEM INTESTINAL: UM RELATO DE CASO

Angélica Brugnera Benvegnú,^{1*} Adriano da Silva Dutra,¹ Alice de Moura Vogt,¹ Allana Maychat Pereira Oliveira,¹ Jaqueline Brivio,¹ Maíra Maccari Strassburger,¹ Tássia Callai,¹ Viviane Martins Sassi,¹ Jaqueline Barboza da Silva,² Tatiana Kurtz²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: angelicabenvegnu@hotmail.com

Introdução. As síndromes paraneoplásicas referem-se a distúrbios clínicos que não podem ser diretamente atribuídos aos efeitos físicos do tumor primário ou metastático. Podem ser causados por produção de substâncias pelas células tumorais responsáveis por efeitos sistêmicos, diminuição de substâncias habitualmente presentes no organismo, que leva ao aparecimento de sintomas e resposta imunológica do hospedeiro ao tumor. O aparecimento do quadro clínico pode ser síncrono ao do tumor em si, mas também pode preceder ou suceder o diagnóstico do tumor. Em algumas situações, o tratamento do tumor leva à resolução da síndrome paraneoplásica. Além disso, é possível resolver os sintomas paraneoplásicos, ainda que não seja possível tratar a neoplasia.

Objetivo. O presente relato tem como objetivo analisar a importância do diagnóstico das paraneoplasias sem causa aparente, possibilitando o diagnóstico precoce dos tumores e um melhor prognóstico para o paciente.

Descrição do caso. Paciente masculino, 56, pedreiro aposentado, procura atendimento dermatológico em novembro de 2017 com história de dermatite de contato a cimento. Vinha em uso de óleo de coco tóxico. Ao exame físico: placas eritematosas infiltradas, xeróticas e descamativas nos antebraços, face e pescoço. Não tinha lesões em áreas protegi-

TRABALHOS

das. Negava nos últimos meses contato com cimento, porém mantinha lesões de pele. Laboratórios: EPF com presença de giárdia, FAN negativo, FA 215, BT 0,73, GGT 193, PCR 9,54, VSG 65, TGP 80, TGO 27, Hb 14,1, leucócitos 17400 (eosinofilia). Ecografia com esteatose hepática leve e cisto renal cortical simples. Negava alteração intestinal, urinária, perda de peso ou outras queixas. Realizado tratamento para parasitose intestinal e biópsia de pele. Solicitado ao médico do ESF fazer investigação para neoplasia. Biópsia de pele com dermatite psoriasiforme. Descartada psoríase cutânea clinicamente. Em fevereiro de 2018 paciente retorna, sem ter feito investigação para neoplasia no ESF, com piora de suas lesões e linfadenopatia axilar. Iniciado tratamento com corticoterapia sistêmica e solicitado labs e PPD, além de novo contato com UBS para investigação de paraneoplasia. Melhora com uso de corticoides e sorologias HIV, HCV, HB, VDRL negativas e PF sem parasitose. Em maio de 2018, paciente ainda com lesões de pele, solicitado pelo dermatologista TC abdome e tórax. Orientado uso de hidratante e corticoide tópico nas lesões. Paciente retorna em setembro de 2018, com TC de abdome demonstrando "Espessamento semicircunferencial do cólon ascendente e ângulo hepático dos cólons, de etiologia a ser esclarecer". Após, foi encaminhado com urgência para coloproctologista para realização de colonoscopia com biópsia.

Discussão. Dermatoses paraneoplásicas são um heterogêneo grupo de manifestações clínicas que podem ter aparência benigna. Eles são o segundo tipo mais comum de síndrome paraneoplásica, apenas atrás síndromes endócrinas. A determinação de correlação entre um achado dermatológico e um neoplasia, por exemplo intestinal, é um desafio na prática clínica.

Conclusão. Numerosas doenças sistêmicas podem ser diagnosticadas através da pele, entre elas, alterações sugestivas de malignidade. As síndromes paraneoplásicas cutâneas são importantes marcadores clínicos que podem preceder, ocorrer simultaneamente ou após o diagnóstico de uma neoplasia. Assim, lesões de pele sem causa aparente, especialmente em pacientes maiores de 50 anos, deve-se pensar em paraneoplasia.

Descritores. Neoplasias Intestinais, Síndromes Paraneoplásicas, Dermatopatias.

PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CLÍNICO

Marie Louise Herberts Sehnem,^{1*} Sabrina Pedrotti,¹ Anna Carolina Flores Mariath,¹ Marcele de la Rocha Paschoal,¹ Joana Porn Weschenfelder,¹ Bruna Fischer Baldissera,² Vitor Lamberty Salbego³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul,

Rio Grande do Sul, Brasil.

² Médica Hematologista. Hospital Ana Nery, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral. Hospital Santa Cruz, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: mariesehnem@gmail.com

Introdução. A Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é uma doença autoimune em que plaquetas (Plaq) são destruídas por autoanticorpos, sendo o baço produtor e destruidor desses complexos. Petéquias e equimoses, mal-estar, dor abdominal, gengivorragia e epistaxe são as manifestações clínicas mais comuns.

Objetivo. Relatar caso de PTI sintomática refratária ao tratamento clínico e avaliar as classes farmacológicas disponíveis para manejo.

Descrição do caso. Homem, 23 anos, PTI confirmada na Europa há 6 meses após petéquias disseminadas e biópsia lesional. Sem remissão completa com Azatioprina (AZA), corticosteroide, Imunoglobulina (IG) e agonistas dos receptores de trombopoetina (ART). Comparece à primeira consulta sem queixas clínicas, porém no exame físico há petéquias disseminadas, equimose em tornozelos e dor à palpação abdominal, sem organomegalias. Com 8 mil Plaq e DHL 563, é prescrito AZA e Dexametasona. Após 1 semana, há melhora das manifestações clínicas, contudo apresenta 11 mil Plaq, sendo a Dexametasona substituída por pulsoterapia de Prednisona (Pred) associada a AZA. Paciente retorna em 1 semana com petéquias disseminadas, dor abdominal, esplenomegalia e 7 mil Plaq, sendo proposto manejo com Danazol, Pred e pulsoterapia com Dexametasona. Após 2 semanas, paciente se queixa de rinorreia e tosse produtiva, ainda com petéquias disseminadas e 7 mil Plaq, sendo prescrito Amoxicilina com clavulanato, mantidos demais medicamentos, solicitado vacinação visando esplenectomia e referência à cirurgia geral. Após 2 semanas, retorna com queixa de epistaxe e petéquias disseminadas, 4 mil Plaq, Hb 14,3 e DHL 430 e, então, é prescrito pulsoterapia com Dexametasona, além de Danazol e Pred. Passada 1 semana, ausência de manifestações, 93 mil Plaq. Em 5 dias, contudo, evolui com gengivorragia e 6 mil Plaq. Após 1 semana, 21 mil Plaq e exames de imagem sem evidências de visceromegalias ou outras alterações. Em retorno de 1 semana, 4 mil Plaq, sendo indicado pulsoterapia com corticosteroide, IG e esplenectomia. Paciente retorna ao ambulatório assintomático 15 dias após cirurgia, sem alterações ao exame físico, com 448 mil Plaq e em uso de Pred, AAS e Amoxicilina. Iniciado desmame do corticosteroide e, em 2 semanas, mantém-se assintomático, com 332 mil Plaq.

Discussão. A primeira linha de tratamento para PTI são os corticosteroides, que induzem resposta sustentada em 70% dos casos em adultos, e remissão prolongada em 20%. Imunossuppressores, como AZA, e a Dapsona são associados a

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

corticosteroides se ausência de resposta primária. O Danazol – androgênio sintético atenuado – é efetivo na PTI refratária, se alto risco infeccioso e, associado a corticosteroides, reduz recidivas e aumenta o tempo de remissão. Ciclofosfamida, Rituximabe e ART também são opções, porém ainda não há consenso para a segunda linha de tratamento. IG é reservada para emergências. PTI é indicação comum de esplenectomia se refratária ao manejo medicamentoso. A esplenectomia é resolutiva em até 80% dos casos, e recorrência é possível em até 15 anos, especialmente se existência de baço acessório, presente em 30% dos doentes hematológicos.

Conclusão. Apesar da ausência de consenso quanto a sequência de medicamentos no manejo da PTI refratária, são diversas as classes farmacológicas disponíveis. Pelo alto risco hemorrágico, a PTI pode ser fatal, sendo a esplenectomia também alternativa, sendo importante pesquisar a presença de baço acessório a fim de reduzir chances de recidiva.

Descritores. Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Corticosteroides, Azatioprina, Danazol, Esplenectomia.

RELATO DE CASO: APENDICITE CRÔNICA

Paloma Kochhann Ruwer,^{1*} Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky,² Inácio Swarowsky²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: palomaruwer@hotmail.com

Introdução. A apendicite crônica ou recidivante caracteriza-se por crises recorrentes de dor em quadrante inferior direito do abdome, podendo ou não apresentar outros sinais ou sintomas sugestivos de apendicite aguda. A taxa de incidência da apendicite crônica é de aproximadamente 1,5% na população geral. Sua etiopatogenia ainda não está bem esclarecida. A inflamação local discreta, após resolução de uma crise de apendicite, pode resultar em desconforto na fossa ilíaca direita. Pode-se realizar TC de abdome – que demonstra características semelhantes às de apendicite aguda – ou também exame baritado – demonstrando preenchimento irregular do apêndice ou não esvaziamento após 72 horas. O uso de antibióticos pode melhorar as condições clínicas do paciente (o que leva a confusão no diagnóstico), porém, posteriormente, esses pacientes voltarão a apresentar dor abdominal.

Objetivo. O objetivo deste trabalho é demonstrar aspectos clínicos, diagnóstico e histopatologia da apendicite crônica. É importante se fazer diagnóstico e manejo corretamente, para evitar maior morbidade ao paciente, principalmente devido ao fato de algumas vezes a apendicite crônica ter um diagnóstico inicial errôneo, e, por conseguinte, tratamento inadequado,

levando o paciente a permanecer com crises recorrentes de dor abdominal.

Descrição do caso. E.P.A., sexo feminino, setenta anos, interna com quadro de dor em hemiabdomine à direita. Referia episódio semelhante quando consultou em Unidade de Pronto Atendimento, há quatro meses, sendo tratada com antibioticoterapia. Ao exame físico, apresentava-se levemente descorada, com massa palpável dolorosa em fossa ilíaca direita, sem sinais de peritonismo. O hemograma demonstrava anemia discreta, sem sinais infecciosos ou desvio à esquerda. Foi solicitada tomografia de abdome, a qual foi inconclusiva. Paciente foi submetida à laparotomia exploratória, que evidenciou massa bloqueada a nível de apêndice, sendo realizada apendicectomia. O exame anatomopatológico demonstrou apendicite crônica pós-aguda com periapendicite crônica com focos supurativos. Paciente evoluiu bem após o procedimento.

Discussão. A apendicite dessa paciente não foi diagnosticada inicialmente, levando a um quadro de dor crônica, sem sinais infecciosos ao hemograma (possivelmente pela antibioticoterapia prévia), o que poderia ser um fator de confusão para diagnóstico de apendicite aguda. Em função da idade da paciente, massa dolorosa palpável em hemiabdomine direito e anemia, poder-se-ia pensar em outras hipóteses diagnósticas que não apendicite. A tomografia de abdome desta paciente foi inconclusiva. O diagnóstico de apendicite crônica foi confirmado pelo exame anatomopatológico e pela resolução dos sintomas de dor crônica após o procedimento.

Conclusão. A apendicite crônica é caracterizada por dor recorrente em quadrante inferior direito e sensibilidade associada a alterações histopatológicas compatíveis com alterações inflamatórias crônicas. O uso de antibióticos e de medicamentos sintomáticos pode melhorar as condições clínicas do paciente transitariamente, porém posteriormente voltarão a apresentar dor abdominal. O único tratamento considerado curativo é a apendicectomia.

Descritores. Apendicite, Inflamação, Dor Abdominal, Dor Crônica.

RELATO DE CASO: IMPLANTAÇÃO ECTÓPICA DO URETER EM LOJA PROSTÁTICA

Natália Maron,^{1*} Sabrina Mueller,¹ Liliane Letícia Possa,¹ Helena Wagner Dini,¹ Camile Limana,¹ Morgana Geis Trojahn,¹ Henrique Py Laste,² Sandro Eduardo Laste,³ Paulo Roberto Laste³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

TRABALHOS

³ *Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

*Contato: nati_maron@hotmail.com

Introdução. Ureter ectópico é uma condição rara e refere-se à inserção caudal do orifício ureteral em relação a sua inserção normal no trígono da bexiga, sendo mais frequente em mulheres. Em homens, muitas vezes é assintomático, mas pode-se encontrar hidroureteronefrose ou infecção sintomática do trato urinário (ITU), assim como dor nos flancos. Estes raramente apresentam incontinência, visto que o ureter ectópico é próximo ao esfíncter externo da uretra.

Objetivo. O presente relato tem como objetivo apresentar um caso raro de implantação ectópica do ureter em loja prostática.

Descrição do caso. Paciente masculino, 31 anos, procura atendimento em clínica de urologia com diagnóstico de tumor de testículo à direita já submetido a procedimento cirúrgico e, na tomografia abdominal total para estadiamento, apresentava uma dilatação pielo-ureteral. O mesmo queixava-se de dor lombar à direita. Paciente foi encaminhado para terapia adjuvante com quimioterapia devido ao diagnóstico de carcinoma indiferenciado de testículo. Em virtude da dor e dilatação uretral foi sugerida a passagem de duplo J para melhora dos sintomas. No trans-operatório não foi identificado o óstio do ureter à direita no trígono vesical, local esperado de implantação, sugerindo agenesia de ureter ou ureter ectópico. Na revisão da próstata foi identificada a abertura ureteral no lobo prostático à direita, próximo ao colo vesical. Foi realizada uma ureterosopia, não evidenciando fator obstrutivo no trajeto do ureter.

Discussão. Embriologicamente, um ureter ectópico se forma quando a separação do botão ureteral do ducto mesonéfrico está atrasada ou ausente. Os locais mais comuns de inserção ureteral ectópica no sexo masculino são a uretra posterior (50%) e as vesículas seminais (33%), ou seja, a inserção prostática é um caso raro. Também pode-se encontrar na vesícula seminal, vasos deferentes, colo da bexiga, ao nível do orifício do ducto ejaculatório na próstata e no epidídimo. Como os ureteres ectópicos nos homens se inserem próximo ao esfíncter urinário externo, os sintomas da incontinência urinária estão normalmente ausentes. Segundo a literatura, os ureteres ectópicos frequentemente apresentam outras anomalias genitourinárias, como duplicação uretral, hipospádia, hipoplasia renal ou displasia, e a maioria dos ureteres ectópicos está associada a uma subfunção renal, porém no caso apresentado o paciente não possuía nenhuma outra alteração genitourinária. O teste diagnóstico inicial é o ultrassom renal, podendo ser realizado também a tomografia computadorizada e a ressonância magnética com contraste. A dificuldade no diagnóstico da inserção ectópica do ureter geralmente ocorre quando não está dilatada e sua inserção não pode ser identificada. O

manejo cirúrgico visa a preservar a função renal, eliminar possíveis infecções e manter a continência.

Conclusão. O ureter ectópico refere-se à inserção anormal do ureter, gerado por um defeito embriológico, sendo a uretra posterior o local de maior ocorrência. Por se tratar de uma anomalia rara, há poucas literaturas que abordam casos de implantação ectópica do ureter em loja prostática. Homens geralmente são assintomáticos, porém o diagnóstico precoce é essencial para prevenir possíveis lesões renais permanentes.

Descritores. Ureter, Ectópico, Próstata.

RELATO DE VERTIGEM DE ORIGEM CENTRAL POR ISQUEMIA CEREBELAR

Monique Zambra Messerschmidt,¹ Gabriela de Matos,¹ Gabriela Maycá Sanfelice,¹ Letícia Maria de Moura,¹ Mariana Gonçalves Kehl,¹ Roberta Gelsdorf Pinto,¹ Tamires Macedo da Silva,¹ Andresa Thier de Borba,² Ingrid Wendland Santanna²

¹ *Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

² *Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

*Contato: monique_z_m@hotmail.com

Introdução. A vertigem é a ilusão de posição ou movimento, de caráter rotatório, e é um sintoma presente em pacientes que possuem perturbações no sistema vestibular. A crise vertiginosa aguda é muito comum. Estudos evidenciam sua prevalência de 10% na população mundial, sendo mais frequente no gênero feminino (66,2%) e, em até 85% dos casos, ela é de origem periférica. A lesão vestibular periférica aguda é caracterizada quando o paciente consegue ficar em pé, mas com desequilíbrio para o lado lesionado. Já pacientes com vertigem de origem central geralmente não conseguem ficar em pé sem apoio.

Objetivo. Relatar uma apresentação de vertigem de origem central com diagnóstico clínico fundamentado na alteração da marcha do paciente.

Descrição do caso. R. B., masculino, 62 anos, procurou atendimento com tonturas há 5 dias e já tinha consultado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A otoscopia e oroscopia foram sem particularidades. O paciente apresentou marcha atáxica, teste de Romberg alterado, pois o paciente não conseguiu ficar parado sem apoio, e prova índex-nariz normal. A vertigem não apresentou relação com posição ou lado da cabeça, o que caracterizou a vertigem de origem central. Foi solicitada uma Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, uma vectoeletronistagmografia e posteriormente uma Ressonância Magnética (RM). A TC demonstrou uma hipodensi-

TRABALHOS

dade de aspecto inespecífico no pedúnculo cerebelar direito, evidenciando uma anormalidade cerebelar. A RM demonstrou a lesão no cerebelo, e foi diagnosticada uma isquemia na língua do cerebelo, que foi a causa da vertigem de origem central. A vectoeletronistagmografia não foi realizada pelo paciente. O paciente foi encaminhado para avaliação neurológica para ser realizada a terapêutica, e continua sob acompanhamento.

Discussão. O caso descrito teve como base da investigação a avaliação clínica, e evidencia a importância da anamnese e do exame físico no diagnóstico diferencial das vertigens. A alteração da marcha do paciente foi fundamental para o diagnóstico. Outra particularidade do caso é a vertigem de instalação mais rápida, visto que vertigens de origem central geralmente têm instalação progressiva. A vertigem periférica geralmente ocorre mais intensamente, e com sintomas neurovegetativos como sudorese, palidez e sintomas auditivos. A vertigem central normalmente é mais branda, não tem sintomas neurovegetativos e auditivos, e se apresenta com sintomas neurológicos, como diplopia, cefaleia, parestesia e perda de consciência. O desequilíbrio é mais característico da vertigem de origem central. Entre as causas mais comuns de vertigem de origem central estão as de etiologia vascular (40% dos casos), etiologia indefinida e etiologia neoplásica. Os diagnósticos diferenciais mais importantes da vertigem de origem central são a cinetose, o acidente vascular encefálico, o acidente isquêmico transitório, a esclerose múltipla e os tumores que causam vertigens. O tratamento da vertigem de origem central depende da sua etiologia, algumas sendo tratadas pelo otorrinolaringologista e outras pelo neurologista e/ou neurocirurgião.

Conclusão. Adverte-se que, mesmo que as vertigens de origem periférica sejam mais comuns, as vertigens centrais devem ser incluídas no diagnóstico diferencial, visto que terão tratamentos e prognósticos muito distintos. A anamnese e exame físico são de suma importância na avaliação do paciente, e a interdisciplinaridade é importante para o manejo adequado do paciente.

Descritores. Vertigem, Isquemia, Diagnóstico, Marcha Atáxica, Avaliação de Sintomas.

SARCOMA DE PARTES MOLES E UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA: UM RELATO DE CASO

Weverton Aparecido Sousa Pereira,^{1*} Helena Wagner Dini,¹ Gustavo Goergen Bronzatti,¹ Marina Tavares Ferreira,¹ Laiane Pithan da Silva,¹ Joarez Furtado,¹ Johanna dos Santos da Silva,¹ Manoel Brandes Nazer,² Alex Schwengber²

¹ Acadêmico(a) do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: wevertonsousapsa@gmail.com

Introdução. O sarcoma de partes moles (SPM) é um grupo raro de tumores que ocorre principalmente em extremidades, tronco, retroperitônio, cabeça e pescoço. O SPM tem alta taxa de mortalidade, em parte atribuída a sua invasão local agressiva, mas principalmente às frequentes metástases, que se tornam evidentes após cerca de três anos do diagnóstico inicial, em 80% dos casos. Dessa forma, a identificação clínica, seguida de terapêutica adequada, são excepcionais para o melhor prognóstico do paciente.

Objetivo. Relatar caso de SPM, suas características e a alternativa de tratamento por quimioterapia neoadjuvante.

Descrição de caso. E. S., de 56 anos, com antecedente de Hipertensão Arterial Sistêmica controlada, consultou com traumatologista após notar abaulamento na articulação acromio-clavicular anterior direita, indolor e com rápido crescimento. Após suposto diagnóstico de cisto sinovial, foi realizada ressecção cirúrgica. O resultado do exame anatomopatológico foi Sarcoma Indiferenciado G3 (pouco diferenciado). Após 30 dias, apresentou recidiva do tumor, com 6 cm de diâmetro. Assim, o paciente foi encaminhado para o oncologista clínico. Conforme o exame físico e tomografia, o paciente apresentava apenas a lesão recidivada, sem achados que pudessem sugerir disseminação da doença em nível regional. O estadiamento clínico final foi EC III (T2bN0M0) e o tratamento indicado foi a administração de quimioterapia neoadjuvante com Ifosfamida + Epirrubicina, por 3 ciclos. A lesão apresentou resposta clínica completa e radiológica parcial significativas. Em seguida, foi ressecada toda a área acometida previamente, mais a lesão residual com margens oncológicas. Após, realizou-se mais 3 ciclos da mesma quimioterapia, com radioterapia adjuvante. No presente momento, o paciente está em acompanhamento clínico, sem evidências de doença.

Discussão. O SPM, com origem predominantemente do mesoderma embrionário, tem mais de 50 tipos histológicos identificados, sendo os mais comuns: histiocitoma fibroso maligno (28%), leiomiosarcoma (12%), lipossarcoma (15%), sarcoma sinovial (10%) e tumores malignos da bainha do nervo periférico (6%). Fatores de risco ambientais estão associados a tipos específicos de sarcomas, como radiação ionizante e o cloreto de vinilo. Normalmente se apresenta como uma massa assintomática e o principal tipo de metástase é a hematogênica. A ressecção com margens adequadas e a confirmação histopatológica de margens livres são essenciais para minimizar o risco de recorrências locais. O tratamento multidisciplinar, o qual inclui a quimioterapia neoadjuvante, ainda permanece questionável em relação ao SPM, em razão de

TRABALHOS

seus tipos histológicos extremamente variáveis. A vantagem da associação de radio e quimioterapia à cirurgia é permitir maior preservação dos membros e de sua função. Esse tipo de tratamento deve ser individualmente analisado favorecendo os pacientes mais jovens, sem comorbidades e em bom estado clínico. Além disso, ele deve ser restringido para os sarcomas que possuem grau histológico elevado e histologia sensível à quimioterapia.

Conclusão. O paciente apresentava uma lesão operável, porém a neoadjuvância possibilitou uma cirurgia mais conservadora e com preservação do membro e de sua função, em benefício da sua qualidade de vida. O manejo do SPM deve sempre ser feito pelo especialista, pois o seu tratamento é complexo e precisa ser adequado desde o princípio, sob o risco de comprometer a sobrevida do paciente.

Descritores. Sarcoma, Quimioterapia Combinada, Radioterapia, Prognóstico.

SÍNDROME DE GIANOTTI CROSTI NA PEDIATRIA: UM RELATO DE CASO

Liliane Letícia Possa,^{1*} Camile Limana,¹ Luiza Facchin Ghilardi Vieira,¹ Juliano de Avelar Breunig,² Fátima Cleonice de Souza²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: lilianepossa@gmail.com

Introdução. A Síndrome de Gianotti Crosti (SGC) ou Acrodermatite papular é uma doença rara, caracterizada pela erupção eritematopapulosa benigna e autolimitada, com pico de incidência entre 01 e 06 anos de idade e majoritariamente relacionada a infecções virais.

Objetivo. No presente relato será descrito um caso de SGC infantil, doença altamente subdiagnosticada. Pretende-se, contribuir para o auxílio no diagnóstico diferencial de diversas doenças que cursam com erupções cutâneas.

Descrição do caso. Paciente masculino, 01 ano e 11 meses, apresentou pápulas, pústulas e vesículas eritematosas e pruriginosas por todo o corpo, exceto na região genital, unhas e mucosas. Responsável relata que o quadro iniciou há mais de 05 meses, e desde então as lesões surgem continuamente. Relata ainda que foram levantadas diversas hipóteses diagnósticas (DMPB, impetigo, catapora, prurigo, escabiose) não conclusivas e que fez uso de diversos tipos de anti-histamínicos e corticosteroides, sem melhora. História de atopia respiratória e quadro único de urticária atribuída à ingestão de ovo. A caderneta vacinal está atualizada. Nega casos semelhante em pessoas próximas. Observado no exame físico a presença de

lesões ativas até cicatrizes hipocrômicas. Procedeu-se o diagnóstico de SGC estabelecendo o tratamento com anti-histamínico e antibiótico tóxico. Solicitou-se exames de função hepática e pesquisa por infecções virais, com resultado IgG positivo para CMV e EBV.

Discussão. A SGC é uma dermatose infantil benigna associada a infecções virais e relatada pela primeira vez por Ferdinando Gianotti e Agostino Crosti em 1957. Epidemiologicamente acomete crianças de 03 meses a 15 anos de idade, sem distinções entre sexo e raça. Dentre as possíveis infecções virais desencadeantes tem-se a hepatite B, A ou C, EBV, CMV, coxsackievirus, HAdV, influenza, EVH, HSV, HHV-6, HIV, parvovírus B19 e rotavírus. Além, da existência de relatos de casos pós-vacinais contra influenza, DTP, poliomielite, HBV e sarampo. Contudo, em muitos casos, nenhum gatilho infeccioso é identificado. A manifestação clínica é uma erupção papular acral geralmente em partes extensoras podendo ser associada a prurido, febre, linfadenite e hepatoesplenomegalia. A maioria das crianças terá resolução espontânea da erupção em 10 dias a 06 meses, restando nenhuma lesão ou cicatrizes hipo ou/e hiperocrômicas. Sua patogênese não está totalmente esclarecida, entretanto, estudos relataram duas hipóteses principais: a primeira, estruturada na resposta mediada por IgE relacionando a incidência em pacientes com atopia e a segunda relacionada a reação de hipersensibilidade do tipo tardia induzida por vírus, devido à alta contagem de células T CD4 + no infiltrado dérmico de pacientes afetados. O diagnóstico da SGC é clínico e o diagnóstico diferencial inclui outros exantemas virais, picadas de insetos, dermatite atópica, eritema multiforme, histiocitose de células de Langerhans e dermatoses liquenóides. Não requer tratamento, uma vez que é autolimitado. Todavia, pode ser indicado o uso de corticoides tópicos de potência média e anti-histamínicos para controle do prurido. Corticosteroides sistêmicos são recomendados em casos agudos.

Conclusão. A SGC é uma dermatose infantil benigna, autolimitada e subdiagnosticada, desencadeada por infecções virais na maioria dos casos. Seu diagnóstico é clínico, necessitando apenas de investigação de sua etiologia e tranquilização dos pais da criança.

Descritores. Pediatria, Acrodermatite, Dermatose.

SÍNDROME DO COMPARTIMENTO ABDOMINAL: RELATO DE CASO

Bruno Furini Puton,^{1*} Tiago Nunes Braz,¹ Gabriela Machado,² Justina Maria Ferreira de Souza,³ Luciano Trombini,⁴ Silvio Marcio Pegoraro Balzan,⁵ Pedro Lúcio de Souza⁶

¹ Acadêmico do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul,

TRABALHOS

Rio Grande do Sul, Brasil.

² Farmacêutica especialista em Farmacologia Clínica. Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Médica Clínica. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Residente do Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo. Hospital Santa Marcelina, São Paulo, Brasil.

⁵ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Docente da Rede Laureate International Universities, São Paulo, Brasil.

*Contato: brunofuton@hotmail.com

Introdução. A Síndrome do Compartimento Abdominal (SCA) pode se manifestar, mais frequentemente, no choque, sepse e no trauma abdominal grave. Há aumento progressivo da pressão intra-abdominal (PIA) além de 20 mmHg. Em um estudo multicêntrico em UTIs de 6 países, com 265 pacientes, 4,2% tinham SCA na admissão.

Objetivo. Relatar um caso de SCA.

Descrição do caso. Homem, 32 anos, procurou o hospital com dor abdominal difusa de forte intensidade, parada de eliminação de gases e fezes. A dor começou na região umbilical há 7 dias, acompanhada de diarreia e vômitos. Estava confuso e desidratado, com sinais clínicos de sepse (39,5°C, taquicárdico, taquipneico e hipotenso). Abdome distendido, tenso e com dor difusa. Exames laboratoriais: leucocitose e acidose metabólica. Radiografia com níveis hidroaéreos em intestino delgado, sem pneumoperitônio. Feito o diagnóstico de peritonite, foi instalada hidratação parenteral e antibioticoterapia de largo espectro seguido de laparotomia mediana. Havia distensão de delgado, líquido purulento espesso e perfuração da base do apêndice cecal. Realizada apendicectomia, coleta do líquido para cultura, lavagem e aspiração da cavidade abdominal, seguido de fechamento do abdome. Mantida a antibioticoterapia. Houve melhora do quadro clínico e compensação hemodinâmica. No 2º dia, apresentou dispnéia, taquipnéia, oligúria e distensão abdominal. Na radiografia de tórax: pulmões normais e cúpulas frênicas muito elevadas. A PIA, medida com uma sonda de Foley intravesical, foi de 27 mmHg. Com o diagnóstico de SCA, foi levado à intervenção cirúrgica. Após reabertura da cavidade abdominal, as alças intestinais deslocaram-se para o exterior da cavidade. Não havia pus ou abscessos, mas distensão generalizada de intestino e edema de omento maior. Com a exteriorização do intestino houve melhora do quadro hemodinâmico. Por isso, foi aplicada uma bolsa de Bogotá, utilizando um coletor de urina, estéril, recortado no formato da incisão aberta e suturado frouxamente na aponeurose da parede abdominal. A pele permaneceu aberta. Acrescido sonda de aspiração gástrica e sonda retal. Os curativos foram trocados de 4/4 horas. A PIA no pós operatório imediato foi de 12 mmHg. No 2º dia, estava eupneico, normotenso e assintomático, com PIA de 10 mmHg. Como as bordas da laparotomia se aproximaram,

provocando o enrugamento da bolsa de Bogotá, no 7º dia foi retirada a bolsa, e as alças intestinais permaneceram no interior da cavidade. Não havia sinal de dano intestinal e o fechamento da parede abdominal foi feito por planos. Recebeu alta hospitalar no 15º dia pós-operatório.

Discussão. O aumento progressivo da PIA pode causar hipoperfusão intestinal progressiva e nas demais estruturas abdominais pela compressão da veia cava inferior, reduzindo o retorno venoso e a fração de ejeção do coração, um dos principais mecanismos de lesões em órgãos como rim e intestino. A hipoperfusão também se deve à compressão direta da aorta e de estruturas vasculares renais e esplênicas. Ocorre liberação de citocinas, formação de radicais de oxigênio e diminuição da produção de ATP. Pode haver translocação bacteriana, edema intestinal e estado pró-inflamatório intestinal pela hipoperfusão. Tudo isso leva à acidose metabólica e na sequência, a insuficiência de múltiplos órgãos.

Conclusão. Os dados clínicos e a medida da PIA confirmaram o diagnóstico. A bolsa de Bogotá se mostrou eficaz, de baixo custo, facilmente disponível e não causou danos ao paciente.

Descritores. Hipertensão Intra-Abdominal, Cirurgia Geral, Cavidade Abdominal.

TAMPONAMENTO CARDÍACO E A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO COMPLETA DO PACIENTE

Tamires Macedo da Silva,^{1*} Alice de Moura Vogt,¹ Daiane Mattje Rodrigues,¹ Tiago Fortuna²

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: tamimedimed@gmail.com

Introdução: A pericardite aguda (PA) é uma doença geralmente benigna e autolimitada que consiste na inflamação do pericárdio e possui múltiplas etiologias de origem infecciosa ou não. Entre as causas infecciosas, os mais comuns são os quadros virais causados por enterovírus, ecovírus, Epstein barr, herpes simples, influenza e citomegalovírus. Nessas, o processo inflamatório decorre da ação direta do patógeno ou devido a uma resposta imune. O quadro clínico cursa com síndrome febril, mialgia, sintomas na via aérea superior e no trato gastrointestinal, dor torácica e atrito pericárdico. Epidemiologicamente, 5% dos pacientes que chegam às emergências com dor no peito apresentam PA. Ademais, a principal complicação da doença é o derrame pericárdico que pode cursar com o tamponamento cardíaco (TC), o qual o diagnóstico baseia-se na história e no exame físico, sendo eminentemente clínico.

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

Objetivos: Descrever um caso de PA, no qual é possível identificar o fator desencadeador e uma complicação associada, de tal forma a ressaltar a importância de uma anamnese completa.

Descrição do caso. J.H.D, 14 anos, hígido, evolui com piora de classe funcional e dispneia duas semanas após quadro gripal. Avaliado em vários locais de prestação de atendimento médico e liberado em todas as ocasiões. Os exames identificaram leve leucocitose sem desvio, raio-x de tórax com aumento importante da área cardíaca e eletrocardiograma com baixa amplitude global. Realizou ecocardiograma transtorácica, a qual identificou grande quantidade de derrame pericárdico, além de espessamento pericárdico. Submetido a pericardiocentese, com drenagem de 1200 ml de conteúdo seroso e asséptico. Evolui posteriormente com melhora imediata da capacidade funcional. Iniciou uso de AAS em doses elevadas e colchicina, apresentando melhora clínica. Ecocardiograma de controle sem derrame pericárdico, não havendo necessidade de nova abordagem. Recebeu alta no sétimo dia em excelente estado geral.

Discussão. O quadro gripal apresentado pelo paciente configura-se como uma das causas de PA e essa pode ter como complicação o TC. Tal complicação consiste em uma compressão das câmaras cardíacas relacionada ao aumento da pressão intrapericárdica, redução do volume de enchimento cardíaco e maior interdependência ventricular. No caso descrito, o paciente apresentava dispneia e piora da classe funcional, configurando-se um quadro de TC subagudo, o qual pode se manifestar em dias a semanas e está associado à dispneia e fadiga, segundo a literatura. Além disso, é importante associar o quadro gripal como possível desencadeador da PA, uma vez que uma de suas etiologias é infecciosa. Dessa forma, a partir dos sintomas apresentados, é possível direcionar a conduta em relação ao tamponamento cardíaco.

Conclusão. A PA é uma patologia que comumente apresenta quadro clínico característico, porém, em alguns casos, os sintomas podem ser menos típicos e de difícil distinção. Desse modo, principalmente tratando-se de um paciente com piora progressiva dos sintomas e com procura mais de uma vez por atendimento médico, requer atenção. O caso deixa clara a importância de uma anamnese detalhada e da valorização da queixa do paciente, bem como o direcionamento dos exames complementares visando o diagnóstico precoce do quadro e a melhora clínica o mais breve possível, evitando complicações como o tamponamento cardíaco.

Descritores. Pericardite, Tamponamento Cardíaco, Infecção.

TRATAMENTO DO CARCINOMA UROTELIAL PAPILÍFERO DE PELVE E CÁLCICES RENAIIS COM HOLMIUM: YAG LASER

Paula de Castro Sanchez,^{1*} Morgana Geis Trojahn,¹ Luiza Facchin Ghilardi Vieira,¹ Camile Limana,¹ Liliane Letícia Possa,¹ Helena Wagner Dini,¹ Henrique Py Laste,² Sandro Eduardo Laste,³ Paulo Roberto Laste³

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

*Contato: paulinha_castro_s@hotmail.com

Introdução. Carcinoma urotelial, ou também conhecido como carcinoma de células transicionais, é uma neoplasia que se origina da camada de revestimento interno do trato urinário presente na bexiga e no trato urinário superior (TUS) constituído pelo sistema coletor e ureter. Ele representa o nono câncer mais comum do mundo sendo que em 2012 foram evidenciados 430.000 novos casos diagnosticados. Entre eles, cerca de 90% atinge somente a bexiga e 5-10% são encontrados em TUS. O tratamento pode ser mais invasivo, nefroureterectomia radical, e menos invasivo como, por exemplo, o uso de Holmium:YAG laser, através da fulguração, o qual será abordado a seguir.

Objetivo. O objetivo desse relato consiste em discutir duas diferentes abordagens de tratamento para carcinoma urotelial papilífero de ureter, pelve e cálices renais.

Descrição do caso. Paciente masculino, 86 anos procura emergência por apresentar hematúria e dor tipo cólica renal em região lombar à direita. Refere ser a 1ª vez que apresenta este quadro. No momento da avaliação com urologista, ainda apresentava micções hemáticas, mas com melhora da dor. Submetido a exames de imagem, tomografia computadorizada de vias urinárias, evidenciava um cálculo de 1,0 cm em meato ureteral à direita, justificando o quadro de dor. Como permanecia com hematúria foi indicado tratamento cirúrgico do cálculo ureteral. No trans-operatório evidenciou-se vários implantes tumorais de carcinoma urotelial em bexiga e no ureter próximo ao cálculo. Realizado ureteroscopia do ureter direito, onde apresentava várias lesões vegetantes em terço médio do ureter direito e outros implantes tumorais em pelve renal, cálices superior e médio do sistema renal à direita. Neste caso foi proposto ao paciente como terapêutica a nefroureterectomia à direita como tratamento primário ou fulguração dos implantes tumorais com Holmium:YAG laser, sendo um procedimento com menor risco e com menor complicações pós-operatória. O paciente optou pela segunda opção.

Discussão. Os carcinomas uroteliais são neoplasias malignas, com grande potencial metaplasico. O seu prognóstico é determinado pela profundidade de invasão tecidual e pelo nível de diferenciação celular e o tratamento considerado padrão ouro, para o carcinoma do paciente em questão, é a nefroure-

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



TRABALHOS

terectomia radical aberta, que consiste em um procedimento de retirada cirúrgica completa do rim e do ureter até o seu implante na bexiga. No entanto, já existe tratamento com Holmium:YAG laser para esses casos, consiste em um dispositivo a laser originalmente criado para a fragmentação de cálculos por descargas de energia (litotripsia intracorpórea), mas foi comprovada sua versatilidade para excisão de tumores uroteliais. Funciona fulgurando e coagulando o tecido neoplásico e como é uma técnica minimamente invasiva, o paciente não precisa de internação recebendo alta após recuperação da anestesia.

Conclusão. A introdução do laser de hólmio (Holmium-YAG

laser) oferece um tratamento mais seguro e eficaz para carcinomas uroteliais, devendo ser visto como opção de primeira linha se comparado com as cirurgias abertas e invasivas. Ele apresenta como riscos a perfuração de estruturas e disseminação de células tumorais, mas estes podem ser contornados com aprimoramento da técnica aplicada. Sendo assim, o Holmium:YAG laser é uma opção segura, reduzindo os riscos de morbimortalidade e propicia uma recuperação rápida após o procedimento cirúrgico.

Descritores. Carcinoma Urotelial, Holmium:YAG laser, Hematúria.

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ÍNDICE REMISSIVO

A

Abaid, Rafael Antoniazzi 26, 28
Agnol, Phâmella Weneranda Cezarotto Dall 34, 39, 41, 54
Agra, Marcelo Lange 36
Almeida, Alice Lopes de 23
Amaral, Marina Weber do 25, 26, 35
Antonello, Isabela Nizarala 9, 13, 18, 42, 53, 54
Antoni, Laura Marchet de 25
Assmann, Leandro Luís 19, 20, 39
Azambuja, Gabrielle 37
Azambuja, Lucas Brum de 41, 51, 52

B

Bachinski, Victoria Magni 25, 26
Backes, Ana Paula 28
Baldissera, Bruna Fischer 56
Balzan, Silvio Marcio Pegoraro 30, 34, 39, 42, 54, 60
Barbian, Letícia 22
Barboza, Jaqueline 46, 50
Barros, Stephani Jahn 28
Basso, Eduardo Signor 13, 17, 37
Bastos, Beatriz Dornelles 22
Bastos, Marília Dornelles 22, 35
Bender, Helena Hickmann 13, 35, 42
Benvegnú, Angélica Brugnera 14, 22, 32, 55
Bernardi, Victoria Lucateli 30, 34, 41
Bertão, Sabriny Rezer 52
Beskow, Lara Halberstadt 33
Biondo, Gustavo 24
Blank, Janaína Hartmann 19, 20, 38
Bolzan, Ana Paula 41, 52
Borba, Andresa Thier de 18, 29, 44, 45, 48, 53, 54, 58
Borin, Gustavo Brugnera 35
Bortoli, Ana Leonora de 32, 40
Bottega, Patrícia 13
Braz, Tiago Nunes 60, 33
Braz, Mateus Nunes 33
Braz, Sandra Regina Nunes 33
Breunig, Juliano de Avelar 60
Britz, Deisi 18
Brivio, Jaqueline 14, 22, 32, 36, 46, 50, 55
Bronzatti, Gustavo Goergen 35, 59
Bublitz, Natalia Betina 25, 26

C

Caetano, Cynthia 37, 51
Callai, Tassia 14, 22, 32, 55

Camini, Henrique Radin 28
Carboni, Gabriela 51
Carneiro, Marcelo 17, 23
Cennerelli, Giuliana Caceres 11, 13
Coronel, Gustavo Furtado 36
Costa, Júlia de Moraes 24, 51
Cremonese, Luiza Rubenich 28, 47
Cruz, Larissa Lenz Kniphoff da 19, 20, 39
Cruz, Dennis Baroni 16, 25, 26, 27, 49

D

Dini, Helena Wagner 9, 11, 12, 19, 21, 57, 59, 62
Doncatto, Luiz Miguel 41, 47
Dowrzecki, Marcelo 39
Drumm, Maria Eduarda Günther Oliveira 32, 40
Duarte, João Felipe de Mello Norberto 26
Duarte, Carolina Czegelski 25, 26, 29, 35, 42
Dummer, Claus Dieter 24, 37, 51
Duré, Gustavo Lançanova 52
Dutra, Adriano da Silva 14, 22, 32, 55

E

Echer, Andressa Capeletti 35
Emanuelli, Monique 34, 42, 54

F

Ferreira, Carina Saraiva Eid 15, 31
Ferreira, Fagner Leandro Martins 31
Ferreira, Marina Tavares 19, 20, 39, 47, 59
Filho, Walter Jorge Bravo Cassales 9, 11
Fischer, Paula Pott 16, 49
Fontana, Guilherme Queiroz 35
Fontoura, Juliana 22
Fortuna, Tiago 29, 48, 61
Fortunati, Natália 30, 34, 54
Funk, Adriana 39
Furtado, Joarez 59

G

Gaedke, Mari Ângela 17
Garcia, Natália 43
Gasperi, Graziela de 30, 34
Gemelli, Kauana 25, 26
Gobatto, Isabele Dal Sochio 37
Goettert, Gustavo 36

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ÍNDICE REMISSIVO

Gomes, Raíssa Casanova Vilaverde [11, 24, 51](#)
Gouveia, Ana Maria Almeida [16, 22, 49](#)
Grandi, Caroline Inês [38](#)
Grasel, Michel Cristian [37](#)
Guedes, Felipe Boaretto [13](#)

H

Hansen, Rafaela Alves [15, 31](#)
Heck, Jonatan Leo [41, 52](#)
Hermes, Fernando Sthal [54](#)
Hernandes, Cristiane Pimentel [13](#)
Holsbach, Fernando Baldissera [32, 40](#)

J

Jesus, Gabrielly da Silva [35, 39](#)
Johnson, Fernando Antônio Guth [26](#)
Junges, Juliane [41, 52](#)
Júnior, Antônio Manoel de Borba [32, 40](#)
Junqueira, Gabriel Timm [46, 50](#)
Junqueira, Laura Timm [46, 50](#)

K

Kapeel, Vanessa [18](#)
Kehl, Mariana Gonçalves [29, 44, 45, 48, 58](#)
Kipper, Enzo Pretto [28](#)
Kist, Marina Weiss [13](#)
Knebel, Guilherme Doehl [16, 27](#)
Koch, Eliza Noêmia Alves [26](#)
Koepp, Janine [17](#)
Konzen, Andrea Aparecida [15](#)
Krumel, Candice Franke [11, 12, 19, 21](#)
Krummenauer, Eliane Carlosso [17](#)
Kurtz, Tatiana [14, 22, 32, 55](#)

L

Labrea, Vanessa Nicola [32](#)
Lai, Jennifer Karin De [17](#)
Laste, Henrique Py [9, 38, 57, 62](#)
Laste, Paulo Roberto [9, 10, 24, 38](#)
Laste, Sandro Eduardo [9, 38, 57, 62](#)
Limana, Camile [57, 60, 62](#)
Luz, Anelise da Silva Machado da [19, 20, 38](#)

M

Machado, Fernanda de Souza [11, 12, 19, 21](#)
Machado, Francine [37](#)
Machado, Gabriela [60](#)
Machado, Janete Aparecida Alves [17](#)
Mariani, Paolla Pacheco [26](#)
Mariath, Anna Carolina Flores [56](#)
Marini, Thiago Luiz [23](#)
Maron, Natália [9, 11, 12, 19, 21, 57](#)
Martini, Patrick Luiz [15](#)
Martins, Márcio Abelha [35](#)
Maschio, Érika Luiza [30, 34, 41, 54](#)
Matos, Gabriela de [29, 44, 45, 48, 58](#)
Matos, William Latosinski [16](#)
Matos, Pâmela de Souza [22](#)
Mendry, Ana Victória Zambonetti [28](#)
Menegazzo, Laura [16, 27](#)
Messerschmidt, Monique Zambra [29, 44, 45, 48, 58](#)
Michael, William Luís Knebel [24, 51](#)
Mizdal, Raquel Hamerski [24, 39, 51](#)
Mognol, Fernanda Foschiera [11, 12, 19, 21](#)
Molz, Walter Augusto [11, 12, 19, 21](#)
Moraes, Ludimila Müller de [52](#)
Moura, Alexandra Oliveira de [32, 40](#)
Moura, Letícia Maria de [29, 44, 45, 48, 58](#)
Mueller, Manoela Goergen [19, 20, 38](#)
Mueller, Sabrina [9, 16, 27, 57](#)
Muller, Susana Fabíola [35](#)

N

Nazer, Manoel Brandes [28, 59](#)
Nunes, Bruna Beck [30, 41, 54](#)

O

Oliveira, Allana Maychat Pereira [14, 18, 22, 32, 46, 50, 53, 54, 55](#)
Oliveira, Bruna Tolfo de [11, 12, 18, 19, 21, 41, 52, 53](#)
Oliveira, Carla Toillier de [35](#)
Oliveira, Bruna Tolfo de [11, 54](#)

P

Pasa, Isabela Dorneles [11, 30, 34, 41, 54](#)
Paschoal, Marcelle De La Rocha [11, 12, 19, 21, 56](#)
Pasetto, Camila Nunes Venâncio [24, 51](#)

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ÍNDICE REMISSIVO

Pedrotti, Sabrina [26, 30, 34, 36, 41, 54, 56](#)
Pereira, Weverton Aparecido Sousa [32, 47, 40, 59](#)
Perini, Mateus Balbinot [16](#)
Perkoski, Eduardo Pedroso [28](#)
Pieta, Vinícius Dal Piva [30, 34, 41](#)
Pinto, Roberta Gelsdorf [29, 44, 45, 48, 58](#)
Pizzolatto, Nicolas Gabriel Padilha [16](#)
Pochmann, Eduardo Luis [43](#)
Poll, Fabiana Asmann [22](#)
Pontes, Edgard Solon de [36](#)
Porn, Joana Weschenfelder [25, 26](#)
Possa, Liliane Letícia [9, 19, 20, 38, 57, 60, 62](#)
Possuelo, Lia [19, 20](#)
Puton, Bruno Furini [26, 33, 60](#)

R

Reuter, Cézane Priscila [16](#)
Rodenbusch, João Vicente Laste [38](#)
Rodrigues, Daiane Mattje [29, 48, 61](#)
Rodriguez, Ana Carolina Milán [24, 51](#)
Rossato, Bruna [18](#)
Roth, Eduarda Stopiglia [17, 37](#)
Ruwer, Paloma Kochhann [57](#)

S

Salbego, Vitor Lamberty [42, 56](#)
Sanchez, Paula de Castro [9, 25, 26, 62](#)
Sanfelice, Gabriela Maycá [29, 44, 45, 48, 58](#)
Santanna, Ingrid Wendland [18, 29, 44, 45, 48, 58, 53](#)
Santos, Camila Urach dos [30, 42, 54](#)
Sassi, Viviane Martins [14, 22, 32, 55](#)
Sauter, Caroline Pretto [11, 12, 19, 21](#)
Scheibler, Guilherme [43](#)
Schmitz, Herbert Jorge [31](#)
Schneider, Carolina [13](#)
Schreiber, Gustavo Bussmann [36, 43](#)
Schwengber, Alex [47, 59](#)
Secco, Yuri Pereira [28](#)
Sehnm, Marie Louise Herberts [11, 12, 18, 19, 21, 36, 42, 46, 50, 53, 54, 56](#)
Selbach, Letícia Schneider [38](#)
Serafini, Matheus Mosele [32, 33](#)
Siegert, Bruna Cristina [39](#)
Silva, Jaqueline Barboza da [32, 55](#)

Silva, Johnata dos Santos da [59](#)
Silva, Laiane Pithan da [59](#)
Silva, Mariana Colla da [13](#)
Silva, Paula Andreta Barros da [18](#)
Silva, Tamires Macedo da [29, 44, 45, 48, 58, 61](#)
Souza, Fátima Cleonice de [60](#)
Souza, Justina Maria Ferreira de [60](#)
Souza, Pedro Lúcio de [60](#)
Spall, Barbara [17, 37](#)
Staudt, Alysson Pereira [35](#)
Strassburger, Maira Maccari [9, 14, 22, 32, 55](#)
Swarowsky, Dóris Medianeira Lazaroto [41, 52, 57](#)
Swarowsky, Gustavo Lazaroto [41](#)
Swarowsky, Inácio [41, 52, 57](#)

T

Tagliari, Nadia Orling [39](#)
Teló, Maria Eduarda [11](#)
Todendi, Pâmela Ferreira [16](#)
Tomaz, Mateus de Arruda [32, 40](#)
Tonin, Júlia [19, 20, 38](#)
Trivilin, Letícia [38](#)
Trojahn, Morgana Geis [57, 62](#)
Trombini, Luciano [60](#)
Turcatti, Gabriela Alves [26](#)

V

Valim, Andreia Rosane de Moura [16](#)
Vaz, Ana Paula Avila [43](#)
Vieira, Luiza Facchin Ghilardi [9, 60, 62](#)
Vieira, Renata Wetzel [11, 25, 26, 36](#)
Vogt, Alice de Moura [14, 22, 29, 32, 48, 55, 61](#)

W

Waechter, Leticia Staub [32, 40](#)
Weber, Daiana Klein [17](#)
Wendland, Andressa [40](#)
Weschenfelder, Joana Porn [56](#)
Weschenfelder, Manuella Fernanda Wuensch [35](#)
Wink, Eduarda Lemos [16, 49](#)
Wittmann, Jackson Caldas [35](#)