

ISSN 2446-6492

REVISTA DE

PATOLOGIA

DO TOCANTINS



REVISTA DE PATOLOGIA DO TOCANTINS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

Avenida LO05, Quadra 306Sul, Lote 23
Plano Diretor Sul | 77001-036 | Palmas/TO
(63) 3213-2322 | (63) 9 8490-6822 | revpattocantins@uft.edu.br



Produção editorial

Editor chefe: Virgílio Ribeiro Guedes

Diretor de redação: Wanderson Batista Silva

Conselho Editorial

Ana Maria Castro Morillo, Faculdade de Medicina Matanza, Cuba

Ângela María Castañeda Muñoz, Faculdade de Medicina Matanza, Cuba

Arthur Alves Borges de Carvalho, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Brasil

Carllini Barroso Vicentini, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Brasil

Danielle Rosa Evangelista, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Edson Garcia Soares, Universidade de São Paulo, Brasil

Gessi Carvalho de Araujo Santos, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Guilherme Ferreira Caetano, Universidade de São Paulo, Brasil

Guilherme Nobre Nascimento, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Jaime Henrique Amorim Santos, Universidade Federal do Oeste da Bahia, Brasil

Jaqueline das Dores Dias Oliveira, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

José Gerley Díaz Castro, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Kelly Cristina Gomes Alves, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Leonardo Rodrigo Baldaçara, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Luiz Gustavo Rodrigues Oliveira, Universidade Federal do Oeste da Bahia, Brasil

Marco Andrey Cipriani Frade, Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Cristina da Silva Pranchevicius, Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Marta Azevedo dos Santos, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Moisés Batista da Silva, Universidade Federal do Pará, Brasil

Neilton Araujo de Olivera, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Renata Junqueira Pereira, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Tales Alexandre Aversi-Ferreira, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Thiago Antonio Moretti de Andrade, Uniararas, Brasil

Virgílio Ribeiro Guedes, Universidade Federal do Tocantins, Brasil

ISSN: 2446-6492

Qualis capes: B4 - Plataforma Sucupira

Indexadores:



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista de Patologia do Tocantins. Volume 6, Número 3
-Palmas: 2019.

48p.

1.Ciência. 2. Saúde. 3. Periódico.

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS –A reprodução total ou parcial deste documento, de qualquer forma ou por qualquer meio, é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo Artigo 184 do Código Penal.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RELATO DE CASO

ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS CARDÍACAS E SISTÊMICAS NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE NECRÓPSIA

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND HEART MORPHOLOGICAL CHANGES: A CASE OF NECROSCOPY

Felipe Neves Silva Souza¹; Marcus Vinícius Rodrigues Nelson¹; Humberto Cantanhede Gaglianone¹; Walter Kuhn¹; Fabiana Sousa de Macedo¹; Arthur Alves Borges de Carvalho².



ACESSO LIVRE

Citação: Souza FNS, Nelson MVR, Gaglianone HC, Kuhn W, Macedo FS, Carvalho AAB (2019), ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS CARDÍACAS E SISTÊMICAS NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE NECRÓPSIA, 6(3): 3-6.

Instituição: ¹Discente do curso de medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto - ITPAC/Porto Nacional Tocantins, Brasil.

²Mestrando. Médico Patologista e docente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC/Porto Nacional Tocantins, Brasil

Autor correspondente:
felipesouza1723@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Souza et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RESUMO

A síndrome do choque cardiogênico tem sido definida como incapacidade do coração em manter fluxo sanguíneo adequado aos tecidos, resultando em deficiência metabólica. Ela ocorre em pacientes com severa disfunção ventricular esquerda, onde cerca de 40% da massa ventricular é comprometida pelo infarto. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de óbito natural mal definido em adulto com 48 anos de idade, sexo masculino, suspeito de Infarto Agudo do Miocárdio fulminante. A necropsia, associada aos informes clínicos e ao exame histopatológico evidenciou que a causa do óbito foi choque cardiogênico por provável doença coronariana aguda aterosclerótica, que culminou no infarto agudo do miocárdio.

ABSTRACT

The cardiogenic shock syndrome has been defined as the inability of the heart to maintain adequate blood flow to tissues, resulting in metabolic deficiency. It occurs in patients with severe left ventricular dysfunction, where about 40% of the ventricular mass is compromised by the infarct. The objective of this study was to report a case of ill-defined natural death in a 48 years old, male, suspected of having acute myocardial infarction. The necropsy, associated with clinical reports and histopathological examination, evidenced that the cause of death was cardiogenic shock due to atherosclerotic acute coronary disease, that culminated in acute myocardial infarction.

INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma situação que requer cuidados de internação hospitalar em sua totalidade, tendo seu diagnóstico baseado numa tríade: história clínica, curva enzimática e evolução eletrocardiográfica. A conduta a se tomar mediante um IAM vai depender de forma direta de inúmeras opções terapêuticas, notadamente eficazes por via de demonstração científica e amplamente difundidas por meio de diretrizes práticas pelas sociedades internacionais e também pela Sociedade Brasileira de Cardiologia¹.

Conforme os dados da OMS, no ano de 2002 ocorreram 16,7 milhões de óbitos, dos quais 7,2 milhões foram por doenças associadas à deficiência arterial coronária. A

estimativa é que esse número tenha aumento para valores entre 35 e 40 milhões até o ano de 2020. Esse aumento do número de casos nos países em desenvolvimento tem feito desta uma das situações mais relevantes da saúde pública mundial do presente. É estimado que até o referido ano as doenças de cunho cardiovascular se manterão como a principal causa da mortalidade e incapacitação nestes países².

No País, as doenças cardíacas e vasculares mantêm-se como causa número um de mortalidade proporcional, sendo responsáveis por 29% dos óbitos em 2010 (DATASUS). O IAM é a segunda maior causa de óbito (7%, DATASUS 2010), e principalmente no sistema público de saúde esta mortalidade em leito hospitalar ainda se mantém persistentemente elevada (16,2% em 2000; 16,1% em 2005; 15,3% em 2010; para as internações registradas no Brasil, via DATASUS). A manutenção

destes dados alarmantes de mortalidade referida ao IAM é atribuída às dificuldades de acesso do paciente acometido ao tratamento via terapia intensiva, bem como aos métodos de reperfusão e às medidas terapêuticas adequadas para o IAM¹.

Em vista de tamanha relevância para a saúde pública brasileira e mundial, o estudo em todos os seus parâmetros se tornam cruciais para a boa conduta perante o acometimento do infarto agudo do miocárdio.

É habitual dar importância no pré-acometimento e no acometimento das afecções coronarianas, sendo o primeiro baseado no contexto preventivo da doença, e o segundo no diagnóstico com ênfase em exames cardiográficos e imagiológicos como o eletrocardiograma e o eco cardiograma respectivamente. Todavia, é menos habitual um estudo mensurado do IAM em cima do contexto pós acometimento, especialmente aquele seguido de óbito do paciente, sendo deixado para trás importantes achados macroscópicos e microscópicos que caracterizam o Infarto Agudo do Miocárdio e que o assemelham e o diferenciam de outras moléstias de progressão semelhante.

Para isso, um estudo baseado em um relato de necropsia se faz consideravelmente relevante para melhor serem assimilados e amplamente compreendidos os achados de um Infarto Agudo do Miocárdio, bem como outros aspectos fisiopatológicos e morfológicos de outras moléstias que possam estar associadas e que maximizem a chance de acometimento e as consequências do Infarto Agudo no organismo.

RELATO DO CASO

Paciente de 48 anos de idade, sexo masculino, proveniente e residente de Porto Nacional Tocantins, armador de ferragem, foi admitido em 25/04/2015 em uma Unidade de Pronto Atendimento, cursando com parada cardiorrespiratória, encaminhado por policiais, sendo conduzido o caso com massagem cardíaca sem sucesso pelos mesmos. Anteriormente do ocorrido, o paciente ligou para um familiar solicitando transporte para a unidade hospitalar, sendo o mesmo apresentando mal estar. No percurso, evoluiu com síncope e seguindo sem resposta. Tabagista, história pregressa de hipertensão (SIC) e não realizava acompanhamento e tratamento.

Durante o exame necroscópico, a ectoscopia revelou biótipo longilíneo, estatura de 1,64 m, pesando 70,000Kg, trajando roupas e sem presença de secreções. Apresentava cabelos lisos acastanhados, pupilas mediáticas, fâcies pletóricas, íris castanho, conjuntiva bulbare tarsal transparentes, leve turgor na cervical, abdômen flácido, ausência de visceromegalias, abaulamento ou restrições, genitálias externa sem particularidades e livores cadavéricos moderados em região dorsal. Membros superiores apresentavam sinais de punção venosa no membro superior direito. Ao exame interno não foi realizada a abertura da cavidade craniana e na região torácoabdominal foi acessada por incisão fúrculo- pubiana ao nível da linha mediana anterior, dissecados os planos músculo-cutâneos e desarticulado o plastrão condro-esternal, observando o pulmão direito e esquerdo com congestão em bases pulmonares (Foto 01), e atelectasias em lobos superiores, presença de lesões miliares

em ápice e base pulmonares endurecidas, medindo 0,2 centímetros de diâmetro (Foto 02).

Foto 01 - Congestão Pulmonar

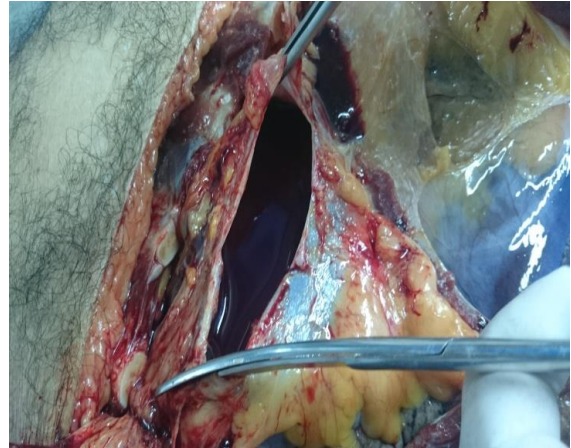


Foto 02 - Atelectasias em Lobos Superiores e Lesões Miliares



No coração foi visualizada uma hipertrofia ventricular esquerda, hipertrofia de músculos papilares e área brancocenta, medindo 0,5 centímetros de diâmetro em parede do ventrículo esquerdo (Foto 03).

Foto 03 - Hipertrofia Ventricular Esquerda



Hepatoesplenomegalia, fígado com superfície externa lisa e brilhante e apresentando congestão acentuada com congestão vascular acentuada (Foto 04).

Foto 04 - Congestão Vascular Hepática

Baço acentualmente congesto de coloração rubro-negrecida (Foto 05).

Foto 05 – Congestão Vascular Esplênica

Demais vísceras abdominais e pélvicas com morfologia, posição e peso normais sem particularidades. Amostras teciduais foram retiradas para exame histopatológico e o resultado obtido confirmou Choque Cardiogênico (CID R57.0) e Infarto Agudo do Miocárdio Transmural (CID I21.3).

DISCUSSÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma isquemia causada pro-trombose e/ou por vasoespasmo sobre uma placa aterosclerótica. Na grande parte dos eventos é causada por ruptura súbita e formação de trombo sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídeos e com capa fibrosa delgada. Dentro de possibilidades relacionadas como tempo de evolução, o miocárdio sofre progressiva agressão representada pelas áreas de isquemia, lesão e necrose sucessivamente. Uma das mais graves complicações do infarto agudo do miocárdio é o choque cardiogênico, que permanece ainda hoje como um grande problema, tanto médico como social³.

A síndrome do choque cardiogênico tem sido definida como incapacidade do coração em manter fluxo sanguíneo adequado aos tecidos, resultando em deficiência metabólica. Ela ocorre em pacientes com severa disfunção ventricular esquerda, onde cerca de 40% da massa ventricular é comprometida pelo infarto. Uma grande área infartada e/ou

isquêmica leva, como consequência, a grave depressão da função ventricular, com queda do débito cardíaco e aumento tanto da pressão como do volume diastólico final do ventrículo esquerdo. Essas alterações aumentam o consumo de oxigênio miocárdico, enquanto simultaneamente diminui-se a pressão, com conseqüente queda da perfusão coronariana⁴.

A estratégia no tratamento do choque cardiogênico deve ser iniciada, o mais precocemente possível, com agentes farmacológicos, além da instalação do balão intra-aórtico, seguida de terapêutica definitiva por angioplastia coronária ou cirurgia de revascularização miocárdica.

Como o choque cardiogênico atualmente ainda apresenta altas taxas de mortalidade com o tratamento convencional, isto é, apenas farmacológico, medidas agressivas devem ser instituídas tão logo o diagnóstico seja feito. Reperusão precoce como terapia de primeira linha no choque pós-infarto do miocárdio em geral promove diminuição expressiva das taxas de mortalidade. O método mais eficaz para se revascularizar o miocárdio em sofrimento são a angioplastia ou a revascularização por cirurgia⁵.

No exame necroscópico em questão ficou evidenciado o choque cardiogênico, com congestão em bases pulmonares dos pulmões direito e esquerdo, lesões miliares em ápice e atelectasias em lobos superiores, hipertrofia de músculos papilares e do ventrículo esquerdo, baço e fígado apresentando hepatoesplenomegalia, além de congestão acentuada no pâncreas e nos rins direito e esquerdo. O relatório de necropsia somado a interpretação dos dados de atendimento clínico e dos exames complementares, confirmaram óbito por Infarto agudo do Miocárdio.

A cardiopatia isquêmica continua sendo uma das causas mais frequentes de morte nos países industrializados, tendo, como substrato etiopatogênico, a aterosclerose⁶.

A hipertensão arterial, juntamente com as dislipidemias e o tabagismo, é um dos três fatores de risco mais importantes para a doença aterosclerótica, tanto no que se refere ao comprometimento coronário. Especificadamente no caso da aterosclerose coronária, observações do estudo de Framingham demonstram que o desenvolvimento da doença é proporcional ao aumento dos níveis pressóricos. Além disso, chamam a atenção para o fato de que a incidência de infarto agudo do miocárdio assintomático é significativamente maior nos indivíduos hipertensos⁷.

O primeiro estudo longitudinal e prospectivo, sobre a epidemiologia das DCVs, envolvendo grande número de indivíduos, foi levado a efeito na cidade de Framingham, nos Estados Unidos. Os resultados desse estudo permitiram identificar um grupo de fatores que predispunham a um maior risco do desenvolvimento da aterosclerose, entre os quais despontavam como mais importantes, a faixa etária, o sexo masculino, a hereditariedade, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM)⁸.

Ao considerar o IAM como um problema de saúde pública é necessário que o paciente tenha hábitos de vida saudáveis, como alimentar-se corretamente e praticar algum tipo de atividade física por meio de políticas governamentais para promover ambientes físicos e sociais adequados para a redução da exposição ao risco, facilitando a adoção de hábitos

saudáveis por parte da população, em ambientes escolares, de trabalho e de lazer, espaços urbanos e outros. Além disso, é salutar a implementação de ações para aquisição de informação epidemiológica, incluindo mortalidade e morbidade cardiovascular, execução e manutenção de registros já existentes em alguns dos signatários, visando o desenvolvimento de estratégias que promovam o planejamento das ações de saúde.

CONCLUSÃO

Os fatores decorrentes que levaram a complicação do Infarto Agudo do Miocárdio no caso relatado podem estar relacionados ao fato do paciente ser tabagista e hipertenso de longa data sem uso prévio de medicamentos ou tratamento específico, fato que contribuiu para que ocorresse uma rápida evolução da doença coronária aguda aterosclerótica, que pode ter contribuído para o infarto do miocárdio e eventualmente para a morte do paciente.

O exame clínico, a necropsia no Serviço de Verificação de Óbitos e o conhecimento das manifestações do Infarto Agudo do Miocárdio, permitiram concluir a causa do óbito como Choque Cardiogênico e suas complicações.

REFERÊNCIAS

1. MARCOLINO MS, BRANT LCC, ARAUJO JG et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. *Arq. Brasileiros de Cardiologia*. 2013 nov; 100 (4). <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130054>.
2. CARVALHO, G.C.; STAMM, A.M.N.F.; MARASCIÚLO, A. C. Estimativa de risco coronariano em uma população geriátrica e não-geriátrica. *Rev. Grupo Moreira Jr. São Paulo*. 2015 nov; 72 (11).
3. PASTERNAK, R. C.; BRAUNWALD, E. Acute myocardial infarction. In: WILSON, J. D.; BRAUNWALD, E.; ISSELBACHER, K. J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 12th ed. New York: McGraw-Hill; pp. 953-64, 1991.
4. GUN, C.; TIMERMAN, A.; RAMOS, R.F. Choque Cardiogênico. *Rev. Sociedade de Cardiologia. São Paulo*. 1998; 8 (3). <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150107>.
5. GRUNDY, S. M.; PASTERNAK, R.; GREENLAND, P. et al. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple risk-factor assessment equations. *Circulation*. V. 100, n. 13, sep. 1999.
6. KANNEL, W. B. Contribution of the Framingham study to preventive cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*. 1990 jan; 15 (1). <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.100.13.1481>.
7. DAMBER, T.R.; MOORE, F. E.; MANM, G. V. Coronary heart disease in the Framingham Study. *Journal Public Health Nations Health*. 1947 apr; 47 (4). http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.47.4_Pt_2.4.
8. SILVA, M. A. D.; SOUSA, A. G. M. R.; SCHARGRODSKY, H. Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil Estudo FRICAS. *Arq. Brasileiros de Cardiologia. São Paulo*. 1998 nov; 71 (5). <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X20050003000003>.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RELATO DE CASO

HÉRNIA INTERNA EM LIGAMENTO FALCIFORME: UM RELATO DE CASO

INTERNAL HERNIA IN FALCIFORM LIGATION: A CASE REPORT

Marlla Caroline Ribeiro Araújo¹; Benito Júnior Santos da Costa¹; Rayssa Fiterman Rodrigues¹; Ingrid L. Albuquerque²; Leandro Henrique Leão Freitas³; Sydney N. de Alencar³.



ACESSO LIVRE

Citação: Araújo et al. (2019), HÉRNIA INTERNA EM LIGAMENTO FALCIFORME: UM RELATO DE CASO, 6(3): 7-.

Instituição: ¹ Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

² Acadêmico(a) de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

³ Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura, São Luís, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente:
ingrid.limaa@hotmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Araújo et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RESUMO

Hérnias internas decorrem da protrusão de uma ou mais vísceras abdominais através de uma abertura intraperitoneal, que pode ser normal ou anormal, ou seja, adquirida ou congênita. As hérnias internas são uma causa rara de abdome agudo e tem uma incidência relatada de 0,2 a 0,9% e lideram 0,5 a 4,1% dos casos de obstrução intestinal aguda causada por hérnias. O diagnóstico pode ser difícil devido à pobreza de sinais específicos, tanto clínicos quanto de imagens, de hérnias internas. Os sintomas incluem náuseas, vômitos e obstrução intestinal recorrente. Uma vez que o diagnóstico de hérnia interna abdominal é feito, o tratamento é cirúrgico, sendo que, na ausência de complicações, a cirurgia é eletiva.

ABSTRACT

Internal hernias result from the protrusion of one or more abdominal viscera through an intraperitoneal opening, which may be normal or abnormal, i.e., acquired or congenital. Internal hernias are a rare cause of acute abdomen and have a reported incidence of 0.2 to 0.9% and lead 0.5 to 4.1% of cases of acute intestinal obstruction caused by hernias. Diagnosis can be difficult due to the poverty of specific signs, both clinical and imaging, of internal hernias. Symptoms include nausea, vomiting and recurrent bowel obstruction. Once the diagnosis of abdominal internal hernia is made, the treatment is surgical, and in the absence of complications, the surgery is elective.

INTRODUÇÃO

Hérnias internas decorrem da protrusão de uma ou mais vísceras abdominais através de uma abertura intraperitoneal, que pode ser normal ou anormal, ou seja, adquirida ou congênita. As hérnias internas são uma causa rara de abdome agudo e tem uma incidência relatada de 0,2 a 0,9% e lideram 0,5 a 4,1% dos casos de obstrução intestinal aguda causada por hérnias.

O diagnóstico pode ser difícil devido à pobreza de sinais específicos, tanto clínicos quanto de imagens, de hérnias internas. Os sintomas incluem náuseas, vômitos e obstrução intestinal recorrente. Uma vez que o diagnóstico de hérnia interna abdominal é feito, o tratamento é cirúrgico, sendo que, na ausência de complicações, a cirurgia é eletiva.

Neste artigo, relata-se um caso de uma mulher de 48 anos que se apresentou com um raro tipo de hérnia interna, cujo diagnóstico final só foi possível durante a laparotomia exploratória.

RELATO DO CASO

E.F.S., 48 anos, sexo feminino, negra, do lar, alfabetizada. Paciente com história prévia de colostomia à Hartmann, há 4 anos, devido laceração em reto, evoluiu com parada de eliminação de fezes e flatos pela colostomia há 4 dias, associado a distensão abdominal, dor abdominal difusa, náuseas e vômitos de aspecto fecalóide.

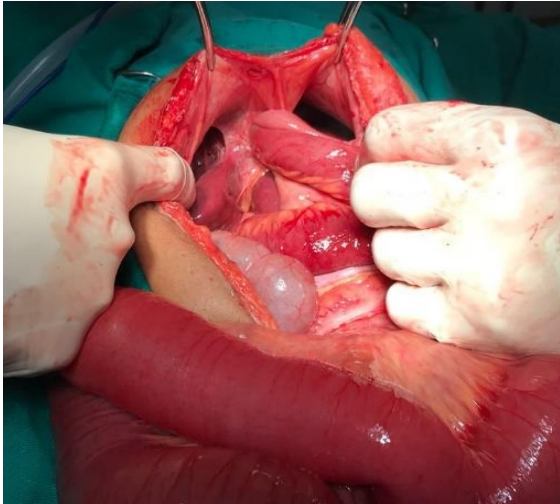


Figura 1 - Hérnia no ligamento falciforme

Foi atendida no serviço de urgência da Unidade Mista do São Bernardo, onde recebeu suporte clínico e foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Geral do Socorrão II. Nessa unidade, foi avaliada pela equipe de cirurgia que evidenciou ao exame físico estar em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, hipocorada (+/4+), desidratada (2+/4+), taicárdica, eupneica. Abdome plano, levemente distendido, ruídos hidroaéreos presentes difusamente, presença de cicatriz mediana e colostomia em hemi-abdome esquerdo, doloroso a palpação superficial e profunda difusamente, sem visceromegalia, timpânico.

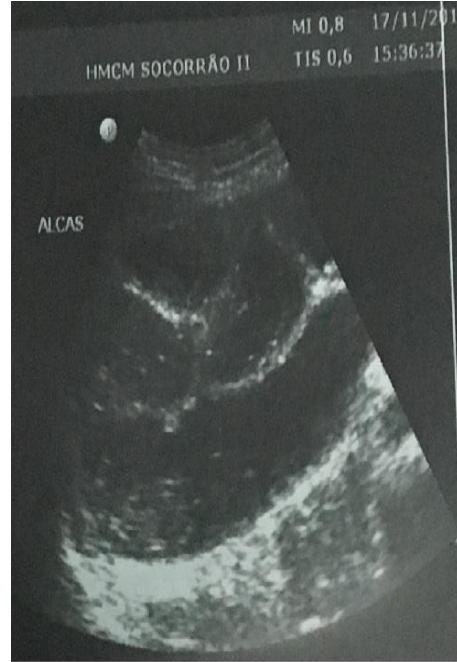


Figura 3 - USG abdominal

Após resultado de exames corroborando com os achados clínicos, a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo para realização de laparotomia exploradora por incisão mediana xifopubiana, registrando-se pequena quantidade de líquido seroso na cavidade abdominal, moderada distensão de alças intestinais de delgado. Foi identificado dois pontos de obstrução, caracterizados por hérnias internas. O primeiro foi uma hérnia interna paracolostômica (imagem 3), com alça de delgado entre a parede abdominal e alça proximal da colostomia. O segundo ponto, foi uma hérnia interna no ligamento falciforme, com alça de delgado encarcerada em pequeno orifício no ligamento (imagem 4). Foi realizado a redução das duas hérnias, com pexia da tênia do cólon com peritônio parietal e secção de orifício do ligamento falciforme.

Após primeiro atendimento pela equipe de cirurgia, foi



Figura 2 – Radiografia de Abdome

passado sonda nasogástrica em sinfonagem com drenagem de conteúdo fecalóide, sonda vesical de demora com drenagem de urina concentrada em pequena quantidade, iniciado hidratação venosa e antibioticoterapia, solicitado exames laboratoriais e de imagem.

Paciente apresentava-se com leucocitose (16500 / uL), creatinina 1,40 mg/dL, proteína C reativa: 3,5 mg/dL. A ultrassom abdominal (imagem 1) evidenciou acentuada distensão de alças intestinais com presença de conteúdo líquido no seu interior, sugestivo de obstrução intestinal. A radiografia de abdome (imagem 2) evidenciou grande distensão de alças intestinais, com nível hidroaéreo, sugerindo obstrução intestinal.



Figura 4 - Hérnia paracolostômica

A paciente se manteve estável durante todo intraoperatório, evoluindo bem, com saída de conteúdo pela colostomia e recebeu alta no quinto dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

As herniações são de dois tipos principais, externas e internas. Hérnias externas referem-se ao prolapso de alças intestinais através de um defeito na parede do abdome ou pelve¹. Hérnias internas resultam da protrusão de uma ou mais vísceras abdominais através de uma abertura intraperitoneal, com a víscera herniada permanecendo dentro da cavidade abdominal². Essas aberturas podem ser normais (por exemplo, forame de Winslow), paranormais (por exemplo, fossa paraduodenal, fossa ileocecal, fossa supramesocólica) ou entidades anatômicas anormais (por exemplo, defeitos transommentais)².

As hérnias internas podem ser adquiridas, como as hérnias internas pós-cirurgia ou inflamatória, ou congênitas, como uma hérnia interna paraduodenal³. A incidência de hérnias internas no abdome virgem é rara⁴ e sua incidência geral representa 0,2 a 0,9% dos casos de obstrução intestinal, e lidera 0,5 a 4,1% dos casos de obstrução intestinal aguda causada por hérnias².

Há vários tipos principais de hérnias internas, como tradicionalmente descrito por Meyers. Elas consistem em paraduodenal (53%), pericecais (13%), forame de Winslow (8%), transmesentérica e transmesocólica (8%), intersigmóidea (6%) e retroanastomótica (5%)¹. Apesar da hérnia paraduodenal representar mais de 50% dos casos relatados, estudos recentes indicaram números crescentes de hérnia transmesentérica como consequência de cirurgias em que um Y-de-Roux foi construído⁵, como o transplante hepático e de cirurgia de bypass gástrico¹.

O diagnóstico pode ser de difícil definição ou gerar grande incerteza, como é evidenciado em cerca de 40% dos casos⁶. Os pacientes podem estar assintomáticos ou apresentarem sintomas clínicos de obstrução do intestino delgado, já que este é o órgão mais frequentemente herniado⁷. Sintomas adicionais incluem náuseas, vômitos e obstrução intestinal recorrente. A gravidade do quadro clínico está relacionada à duração e redução da hérnia e a presença ou ausência de encarceramento e estrangulamento¹. Assim, o início insidioso desta emergência cirúrgica requer um alto índice de suspeição dos cirurgiões⁸.

As hérnias internas primárias devem ser mantidas como diagnóstico diferencial de obstrução intestinal aguda em adultos sem antecedentes de cirurgia ou trauma⁷. O diagnóstico pode ser auxiliado por exames de imagem como a rotina radiológica de abdome agudo⁹. No entanto, não há um único sinal suficiente para diagnosticar hérnias internas sozinho⁴. A tomografia computadorizada (TC) desempenha um papel importante na avaliação da obstrução intestinal aguda do abdome⁷. Os achados da TC incluem anormalidades dos vasos mesentéricos, com ingurgitamento, aglomeração, torção, e alongamento desses vasos, que são geralmente encontrados e fornecem uma pista para o diagnóstico subjacente¹.

O tratamento das hérnias internas abdominais é cirúrgico, sendo que na ausência de complicações, a cirurgia é eletiva⁶. A cirurgia pode ser por vias laparotômica ou laparoscópica, exceto alguma dificuldade ou contraindicação relativa, como distensão de alças⁹. A abordagem cirúrgica para hérnias internas inclui redução dos conteúdos intestinais herniados, ressecção de qualquer tecido necrótico e fechamento do defeito da hérnia¹⁰, que deve ser feito com suturas não absorvíveis para prevenir a recorrência da hérnia interna através do mesmo orifício no futuro⁷.

CONCLUSÃO

Hérnias internas são uma causa rara, mas relevante, de obstrução intestinal. Apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade associadas e, no entanto, ainda é insuficientemente diagnosticada. As hérnias internas primárias devem ser mantidas como diagnóstico diferencial de obstrução intestinal aguda em adultos sem antecedentes de cirurgia ou trauma. Uma vez que os achados de exame físico são inespecíficos, um elevado índice de suspeita clínica junto com TC é sugerido para auxiliar no diagnóstico pré-operatório de hérnia interna. A intervenção cirúrgica precoce é fundamental para evitar as complicações associadas. Ao conduzir cirurgia de emergência para obstrução intestinal, a hérnia interna primária, como vista em nosso caso, deve ser mantida em mente.

REFERÊNCIAS

1. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings. *AJR*. 2006 Mar;186(3):703-717. <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.05.0644?src=recsys>.
2. Duarte GB, Fontes B, Poggetti RS, Loreto MR, Motta P, Birolini D. Strangulated internal hernia through the lesser omentum with intestinal necrosis - a case report. *São Paulo Medical Journal*. 2002 May;120(3):84-86. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802002000300006.
3. Akyildiz H, Artis T, Sozuer E, Akcan A, Kucuk C, Sensoy E, et al. Internal hernia: Complex diagnostic and therapeutic problem. *International Journal of Surgery*. 2009 May;7(4):334-337. [http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191\(09\)00062-4/fulltext](http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(09)00062-4/fulltext).
4. Hamimi AAH, Yunus TE. Internal hernias and their mimics: How would radiologists help?. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2014 Dec;45(4):1071-1078. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378603X1400120X>.
5. Trebejo BC, Cuadros MCR, Velásquez EO, Andrade FP. Internal abdominal hernia: Intestinal obstruction due to trans-mesenteric hernia containing transverse colon. *IJCR*. 2014 Apr;4(7):396-398. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378603X1400120X>.
6. Brenner MB, Zanin EM, Lehmann DEF, Raupp GS, Guimarães MB, Silva RCI, et al. Hérnia interna de delgado em pós-operatório de sigmoidectomia a Hartmann. *Scientia Medica*. 2014 Sep;24(3):292-296.

- <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/16403/11778>.
7. Kar S, Mohapatra V, Rath PK. A Rare Type of Primary Internal Hernia Causing Small Intestinal Obstruction. *Case Reports in Surgery*. 2016 Nov;2016:1-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5141326/>.
 8. Butterworth J, Cross T, Butterworth W, Mousa P, Thomas S. Transmesenteric hernia: A rare cause of bowel ischaemia in adults. *IJCR*. 2013 Apr;4(7):568-570. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5141326/>.
 9. Azeredo MAA, Frota BG, Weiss D, Souza HP, Breigeiron R. Correção de hérnia paraduodenal. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2016;2:1-3. <http://relatosdocbc.org.br/detalhes/39/correcao-de-hernia-paraduodenal>.
 10. Kleyman S, Ashraf S, Daniel S, Ananthan D, Sanni A, Khan F. Pericecal hernia: a rare form of internal hernias. *JSCR*. 2013 Feb; 2013(2):1-2. <https://academic.oup.com/jscr/article/2013/2/rjs021/2282444>.

ARTIGO ORIGINAL

ACHADOS QUE REFORÇAM O DIAGNÓSTICO DE DENGUE ENTRE CRIANÇAS ATENDIDAS COM LEUCOPENIA E FEBRE

DATA THAT STRENGTHEN DENGUE DIAGNOSIS AMONG CHILDREN WITH LEUCOPENIA AND FEVER

Camila Rabelo de Araújo¹; Marco Antonio Alves Cunha²; Caren Lopes Wanderlei³; Andrea Rivelo Alexandre³; Jordany Messias da Silva³; Marlon Sousa Lopes³; Nayla Samia da Silva Pacheco³; Lara Arrais Chaves Cronemberger³; Camila Mariana de Camargos França³; Matheus Suavinha Jayme⁴.



Citação: Araújo CR et al. (2019), ACHADOS QUE REFORÇAM O DIAGNÓSTICO DE DENGUE ENTRE CRIANÇAS ATENDIDAS COM LEUCOPENIA E FEBRE, 6(3): 10-12.

Instituição:

¹ Pediatra geral, Hospital Regional de Taguatinga, Brasília, DF.

² Preceptor do serviço de pediatria geral do Hospital Regional de Taguatinga, Brasília, DF.

³ Residentes do segundo ano de pediatria geral do Hospital Regional de Taguatinga, Brasília, DF.

⁴ Residente do segundo ano de cirurgia geral do Hospital Geral de Goiânia, Goiânia, Goiás.

Autor correspondente:
carenlwanderlei@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Araújo et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: Em 2015 o Brasil registrou mais de 1 milhão e 600 mil casos de dengue em um dos piores anos da história dessa arbovirose no país. O diagnóstico dessa doença ainda continua a desafiar muitos pediatras, pois é uma doença febril com múltiplas manifestações sistêmicas. **Objetivo:** Verificar quais achados reforçam o diagnóstico de dengue entre crianças atendidas com leucopenia e febre no pronto-socorro. **Métodos:** Foram selecionadas as crianças que deram entrada em um pronto socorro de pediatria geral de um hospital público de Brasília que apresentavam leucopenia e febre em um período de 5 meses, de novembro de 2015 a março de 2016. Os dados foram obtidos dos prontuários médicos, fichas de investigação epidemiológica e dos laboratórios local e de referência. **Resultados:** Identificou-se 371 crianças com leucopenia e febre. Destes, 51 pacientes (13,7%) tiveram diagnóstico de dengue confirmado laboratorialmente e 99 pacientes (26,7%), tiveram o diagnóstico de dengue excluído pela presença de infecção de vias aéreas superiores e MAC-ELISA e NS1 negativos. Os achados associados à dengue foram: exantema (RR 3,67 IC95% 2,68-5,00); prurido (RR 3,15 IC95% 2,45-4,00); cefaleia (RR 2,61 IC95% 1,67-4,08); hemoconcentração (RR 1,81 IC95% 1,16-2,82); tosse (RR 0,07 IC95% 0,03-0,19) e coriza (RR 0,17 IC95% 0,05-0,52). **Conclusão:** A suspeita de dengue se institui em pacientes com febre e leucopenia. Neles, a hipótese de dengue é reforçada pela presença de exantema, prurido, cefaleia e hemoconcentração. A chance do diagnóstico de dengue é reduzida com presença de tosse e coriza.

Palavras – chave: Diagnóstico, Dengue, Crianças, Leucopenia, Febre.

ABSTRACT

Introduction: In 2015 Brazil registered more than 1 million and 600 thousand cases of dengue in one of the worst years of the history of this arboviruses in the country. The diagnosis of this disease still continues to challenge many pediatricians, since it is a febrile illness with multiple systemic manifestations. **Objective:** To verify which findings reinforce the diagnosis of dengue among children treated with leukopenia and fever in the emergency room. **Methods:** Children hospitalized in a general pediatric emergency room at a public hospital in Brasília who had leukopenia and fever over a five-month period from November 2015 to March 2016 were selected. Data were obtained from medical records, epidemiological investigation sheets and local and reference laboratories. **Results:** Were identified 371 children with leukopenia and fever. Of these, 51 patients (13.7%) had confirmed laboratory diagnosis of dengue and 99 patients (26.7%) had dengue diagnosis excluded due to the presence of upper airways infection and MAC-ELISA and NS1 negative. The findings associated with dengue fever were: rash (RR 3.67 95% CI 2.68-5.00); pruritus (RR 3.15 95% CI 2.45-4.00); headache (RR 2.61 CI 95% 1.67-4.08); and hemoconcentration (RR 1.81 95% CI 1.16-2.82); cough (RR 0.07 95% CI 0.03-0.19) and coryza (RR 0.17 IC95% 0.05-0.52). **Conclusion:** Dengue fever is suspected in patients with fever and leucopenia. In them, the dengue hypothesis is reinforced by the presence of exanthema, pruritus, headache and hemoconcentration. The chance of the diagnosis of dengue is reduced with the presence of cough and coryza. **Key words:** Diagnosis, Dengue, Children, Leukopenia, Fever.

INTRODUÇÃO

A humanidade vem em constante batalha contra as doenças infecciosas há séculos. Com o advento das vacinas e da antibioticoterapia, um grande avanço no controle destas foi alcançado. Ainda assim, encontramos epidemias que mobilizam a mídia em virtude do grande número de casos e da letalidade destas infecções.

Dentro do contexto das doenças infecciosas emergentes e reemergentes, as doenças causadas por arbovírus, como dengue, chikungunya e zika são um grande desafio para a saúde pública. A nível mundial, por exemplo, existem por volta de 300 a 400 milhões de casos de febre do dengue ou febre hemorrágica a cada ano, e destes, 22000 morrem¹.

A população pediátrica não se mantém ileso nestas epidemias. Um número cada vez maior de crianças é acometido pelas arboviroses, o que reforça a necessidade da boa preparação da equipe de pediatria para o atendimento adequado destes pacientes em serviços de saúde. Segundo a OMS, em seu manual mais recente sobre dengue, nos anos entre 2001 e 2007, 98,5% dos casos de dengue foram registradas no Brasil e também a maior taxa de mortalidade por dengue³.

Grande parte dos casos de arboviroses manifesta febre no quadro clínico e, no hemograma há leucopenia. Sabe-se que outros diagnósticos em pediatria também apresentam estes achados associados². Este estudo busca estabelecer os achados clínicos e avaliar a epidemiologia envolvida nos casos de pacientes pediátricos atendidos em um pronto socorro de hospital e referência de Brasília - DF durante o período da epidemia de arboviroses entre os anos de 2015 e 2016.

OBJETIVOS

Analisar diferenças entre crianças atendidas com leucopenia e febre com baixa probabilidade de dengue, daquelas com diagnóstico de dengue confirmado.

MÉTODO

A presente pesquisa é um estudo transversal e retrospectivo, a partir da lista de crianças que realizaram hemogramas, dos quais foi possível verificar leucopenia, ao longo dos meses de novembro de 2015 a março de 2016 no Hospital Regional de Taguatinga, Brasília, DF. Os dados clínicos foram coletados a partir do prontuário eletrônico no sistema TrakCare, com coleta retrospectiva de dados.

Foram analisados gênero, idade, tempo de febre, presença de: exantema, prurido, hiperemia conjuntival, artralgia, cefaleia, mialgia, dor lombar, dor em panturrilha, edema articular, dor retro-orbitária, dor abdominal, dor em membros inferiores, dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, hepatomegalia dolorosa, sangramento de mucosa, hematêmese/melena, sonolência/irritabilidade, diminuição da diurese, aumento

repentino de hematócrito, hipotermia, queda abrupta de plaquetas, desconforto respiratório, coriza, tosse, odinofagia, espirros, obstrução nasal, diarreia, vômitos; se o teste rápido foi solicitado e o seu resultado quando realizado; diagnóstico registrado em prontuário e diagnóstico pelo pesquisador.

RESULTADOS

Foram realizados 20132 atendimentos na emergência de pediatria do Hospital Regional de Taguatinga entre novembro de 2015 e março de 2016. 2993 hemogramas foram solicitados nestes atendimentos e 408 destes apresentavam leucopenia. Durante a análise dos prontuários destes 408 pacientes, foram identificados 372 pacientes que apresentaram febre em seu quadro clínico.

Nesta amostra, 189 pacientes (50,9%) eram meninos. As idades variaram de 29 dias a 13 anos incompletos, em sua maioria com idades entre 5 e 10 anos (40,4%).

O sintoma mais frequente encontrado na pesquisa por sintomas clássicos de arboviroses foi cefaleia, presente em 36,1% dos pacientes. Em seguida, em ordem de maior frequência, foram encontrados: mialgia (23,2%), exantema (21,6%), dor retro-orbitária (13,2%) e dor abdominal (12,7%).

Tabela 1 Sintomas clássicos das arboviroses entre os 371 pacientes com leucopenia e febre

| Sintomas | n | % |
|---------------------------|-----|------|
| Cefaleia | 134 | 36,1 |
| Mialgia | 86 | 23,2 |
| Exantema | 80 | 21,6 |
| Dor retro-orbitária | 49 | 13,2 |
| Dor abdominal | 47 | 12,7 |
| Prurido | 40 | 10,8 |
| Dor em membros inferiores | 25 | 6,7 |
| Artralgia | 13 | 3,5 |
| Dor em panturrilha | 8 | 2,2 |
| Dor lombar | 7 | 1,9 |
| Hiperemia conjuntival | 5 | 1,3 |
| Edema articular | 1 | 0,3 |

Também foram pesquisados sintomas respiratórios e gastrointestinais na amostra. Tosse foi encontrada em 31,3% dos pacientes, assim como vômitos em 27,5%, coriza em 13,5% e diarreia em 11,9%. Outros achados como obstrução nasal, odinofagia e espirros foram encontrados em 5% ou menos da amostragem

O exame NS1 foi solicitado para 51,3% dos pacientes, mas não foi realizado em 9,2% por falta de reagente. 26,9% dos exames solicitados foram reagentes. Outros 9 pacientes foram

diagnosticados com dengue através da solicitação de sorologias MAC-ELISA.

DISCUSSÃO

Durante a avaliação da hipótese diagnóstica final em prontuário, 54,7% dos pacientes ficaram sem diagnóstico final. Dengue foi o mais frequente dos diagnósticos registrados, correspondendo a 16,4%, seguido de infecção de via aérea superior (6,5%), infecção viral inespecífica (4,6%) e gastroenterocolite (3,5%). Os demais diagnósticos registrados correspondem a 3,5%.

Quando relacionados os achados dos pacientes dos grupos dengue e não-dengue (infecção da via aérea superior) a presença de exantema indicou 3,67 vezes mais chance de o paciente ter diagnóstico de dengue, enquanto prurido indica 3,15 vezes mais chance; dor retro-orbitária, 2,89 vezes mais e cefaleia, 2,61 vezes mais. Tosse e coriza, pela própria definição na seleção do grupo não-dengue, têm apenas 0,07 e 0,17 vezes de chance de ser dengue respectivamente.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a associação de leucopenia e febre pode estar relacionada a diversos diagnósticos, incluindo dengue, infecção de via aérea superior, gastroenterocolite e outros de menor frequência. Ao comparar os dois grupos com diagnósticos mais frequentes, dengue e infecção de via aérea superior, chamado de não-dengue, este estudo demonstrou a clara diferença entre os achados clínicos, laboratoriais e epidemiológicos que podem nortear o profissional de saúde durante o atendimento em emergência pediátrica para diagnóstico correto e terapêutica adequada. Ao avaliar o quadro clínico deve-se aumentar a suspeita do diagnóstico de dengue quando o paciente com leucopenia e febre apresentar associado um ou mais destes sintomas ou achados: cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, exantema, dor abdominal, prurido, hemoconcentração, plaquetopenia e leucopenia acentuadas. Em contrapartida, se o paciente apresentar tosse e coriza em seu quadro clínico, provavelmente seu diagnóstico não será dengue.

REFERÊNCIAS

1. Guodong L, Xiaoyan G, Ernest A G. Factors responsible for the emergence of arboviruses; strategies, challenges and limitations for their control. *Emerg Microb Infect*. 2015;4:e18.
2. Diaz-Quijano FA, Villar-Centeno LA, Martinez-Vega RA. Indicadores tempranos de infección por dengue en niños. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(6):523-9.
3. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. 1 ed. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. Huang SY, Lee IK, Wang L, Liu JW, Hung SC, Chen CC, et al. Use of simple clinical and laboratory predictors to differentiate influenza from dengue and other febrile illnesses in the emergency room. *BMC Infect Dis*. 2014;14:623

5. Alexandropoulou O, Kossiva L, Giannaki M, Panagiotou J, Tsolia M, Karavanaki K. The epidemiology, clinical course and outcome of febrile cytopenia in children. *Acta Paediatr*. 2015;104(3):e112-8.
6. Ho TS, Wang SM, Lin YS, Liu CC. Clinical and laboratory predictive markers for acute dengue infection. *J Biomed Sci*. 2013;20:75.
7. Tuan NM, Nhan HT, Chau NV, Hung NT, Tuan HM, Tram TV, et al. Sensitivity and specificity of a novel classifier for the early diagnosis of dengue. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(4):e0003638.
8. Pothapregada S, Kamalakannan B, Thulasingham M, Sampath S. Clinically Profiling Pediatric Patients with Dengue. *J Glob Infect Dis*. 2016;8(3):115-20.

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL DOS EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO REALIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL, NO ANO DE 2018

CITOPATHOLOGICAL EXAMINATIONS PROFILES OF UTEROS LAP PERFORMED BY SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS) IN THE STATE OF TOCANTINS, BRAZIL, IN THE YEAR OF 2018

Danillo Wolff de Alencar Ribeiro¹; Rafael Lopes Matos¹; Ayrton Oliveira Coutinho¹; Diego Chaulin Damasceno¹; Raylan Nogueira Costa de Oliveira¹; Vinicius Alencar Botelho¹; Pedro Henrique Passos Viana¹.



Citação: Ribeiro DWA, et al. (2019), PERFIL DOS EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO REALIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL, NO ANO DE 2018, 6(3): 13-16.

Instituição:

¹ Acadêmico do Curso de Medicina – Universidade de Gurupi, Gurupi, Tocantins, Brasil.

Autor correspondente:

Danillo Wolff de Alencar Ribeiro.
E-mail: danillo.wolff@gmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Ribeiro et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: Através do exame citopatológico ou Papanicolau, é possível rastrear lesões precursoras do câncer de colo do útero nas suas fases iniciais, facilitando seu tratamento e prevenção. **Objetivo:** Identificar o perfil dos resultados dos exames citológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins, no ano de 2018. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, secundário e documental, que contou com abordagem quantitativa dos dados realizado no Estado do Tocantins, Brasil. A coleta de dados ocorreu durante o mês de maio de 2019, através do Sistema de Informação do Câncer (SINCAN), em que os dados coletados foram do período de 2018, com as seguintes variáveis: faixa etária, inspeção do colo, motivo do exame, laudo citopatológico e realização do exame citopatológico anteriormente. **Resultados e Discussão:** Entre os exames realizados no ano de 2018, obteve-se 83,87% de resultados sem alterações, 11,37% de colos com algum tipo de alteração e em 5,45% das pacientes não foi possível visualizar o colo uterino ou estava ausente. Quanto ao motivo do exame o resultado mais significativo é relacionado ao rastreamento com 97,86%. Em 83,23% dos casos as pacientes já tinham sido submetidas ao exame citológico, correspondendo a 41.908 pacientes. **Conclusão:** Os dados evidenciam a importância do tema para a saúde pública, enfatizando a saúde da mulher por tratar de dados tão relevantes para assuntos extremamente relevantes como o câncer de colo de útero.

Palavras-chave: Colo uterino. Saúde da mulher. Saúde Pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Through cytopathological examination or Pap smear, it is possible to trace precursor lesions of cervical cancer in its early stages, facilitating its treatment and prevention. **OBJECTIVE:** To identify the profile of the results of cytological exams performed by the Single Health System (SUS) in the State of Tocantins, in the year 2018. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, exploratory, retrospective, secondary and documental study, with a quantitative data approach carried out in the State of Tocantins, Brazil. Data collection took place during the month of May 2019, through the Cancer Information System (SINCAN), in which the data collected were from the period of 2018, with the following variables: age range, inspection of the cervix, examination motif, cytopathological report and previous cytopathological examination. **RESULTS AND DISCUSSION:** Among the test performed in 2018, 83,87% of the results were unaltered, 11,37% of the laps had some type of alteration, and in 5,45% of the patients it was not possible to visualize the laparotomy uterine of absent. Regarding the reason for the examination, the most significant result is related to screening with 97,86%. In 83,23% of the cases the patients had already undergone cytological examination, corresponding to 41,908 patients. **CONCLUSION:** The data highlight the importance of the topic for public health, emphasizing the health of women by treating data as relevant to extremely relevant issues as cervical cancer.

Key-words: Cervix uteri; Women's Health; Public health.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se ao nível mundial, a partir de 2020, o diagnóstico de 15 milhões de novos casos de câncer ao ano.¹ Entre todos os tipos de câncer, na população feminina, o câncer de colo uterino (CCU) é um dos mais frequentes, correspondendo a aproximadamente 10% das neoplasias malignas.²

O câncer do colo uterino é um problema de saúde pública expressivo, este tipo de câncer está entre as 5 principais causas de mortes em mulheres, numa proporção de 5 por 100.000 nos últimos 30 anos e é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e de cura quando diagnosticado precocemente. O órgão acometido é o útero, em uma parte específica o colo, que está em contato com o canal vaginal. Este é o segundo mais comum entre mulheres, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, e é responsável pelo óbito de 230 mil mulheres por ano no mundo.³

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microbiota, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero ou exame de Papanicolaou.⁴ Esse exame consiste no esfregaço de células oriundas da ectocérvice e da endocérvice, que são extraídas por raspagem do colo do útero. Essa estratégia é considerada a mais adequada, prática e de baixo custo para o rastreamento do CCU.⁵

Pode chegar a 90% a redução das taxas de incidência de um câncer invasor quando há efetividade da detecção precoce associado ao tratamento nos estágios iniciais. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.⁶

Neste cenário, é importante conhecer o perfil dos exames citológicos realizados no Estado do Tocantins e identificar as variáveis disponibilizadas pelo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que possam estar relacionados com a maior ocorrência do CCU, pois os resultados obtidos podem impactar diretamente as políticas públicas de combate a este câncer. Desta forma, este estudo teve como objetivo identificar o perfil dos resultados dos exames citológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins, no ano de 2018.

OBJETIVO

Conhecer o perfil dos exames citopatológicos do colo do útero realizados pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Tocantins, Brasil, no ano de 2018.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, secundário e documental, que contou com abordagem quantitativa dos dados. Estudos exploratórios são

investigações de pesquisa empírica, cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, empregando-se geralmente procedimentos sistemáticos ou para obtenção de observações empíricas ou para análises de dados. Frequentemente se obtém descrições tanto quantitativas quanto qualitativas do objeto de estudo, e o investigador deve conceituar as inter-relações entre as propriedades do fenômeno, fato ou ambiente observado.⁷

O local de estudo foi o Estado do Tocantins, Brasil. De acordo com o IBGE, o estado tocaninense possui uma área de 227.720,404 km², com 139 municípios, sendo o 10º maior estado do Brasil. Com uma população de 1.383.445 habitantes, é o 24º estado mais populoso do país, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,699, ocupando a 14ª posição.⁸

A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2019, através dos dados disponíveis no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que contou com o levantamento *in loco* das informações acerca dos dados de exames citopatológicos realizados pelo SUS no Estado do Tocantins, no ano de 2018.

Foram incluídos todos os casos confirmados e investigados de acordo com os dados obtidos do SISCAN, acessados em base de dados de acesso público por exames citopatológicos do colo uterino, no período de 2018, de acordo com os seguintes critérios: inspeção do colo, motivo do exame, laudo citopatológico e realização do exame citopatológico anteriormente. As variáveis estudadas permitiram a descrição dos indivíduos nos quesitos sócio demográficos.

Os dados obtidos no DATASUS/SISCAN foram organizados através do software Excel 2013 para processamento das informações e cálculo de frequências, sendo discutidos à base do referencial bibliográfico. Não houve a necessidade de submissão do projeto a Comitê de Ética e Pesquisa, pois é um banco de dados de domínio público cujo acesso é totalmente livre. A pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

RESULTADOS

No Estado do Tocantins, 50.352 exames citopatológicos de colo do útero foram realizados no ano de 2018. Durante a inspeção do colo, 42.230 pacientes apresentaram aspecto normal (83,87%), enquanto 5.726 apresentaram alguma alteração (11,37%). Em 5,45% das pacientes, não foi possível visualizar o colo do útero ou estava ausente, por anomalias congênitas ou retirada cirúrgica. Das pacientes com alteração, 919 pertenciam à faixa etária entre os 30 e 34 anos (16,05%), sendo o grupo de maior prevalência.

Quanto ao motivo do exame, 49.277 exames foram realizados para rastreamento (97,86%), 309 para repetição, por conta de alterações como células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) ou lesão de baixo grau (0,61%) e 892 para seguimento (1,77%).

Analisando o laudo citopatológico, 91,97% dos exames realizados apresentaram-se negativos, 2,47% foram ignorados e 5,55% apresentaram alguma alteração. Do total de exames realizados, 1.120 exames apresentaram ASC-US (2,22%), com a

maioria das pacientes pertencentes à faixa etária de 25 a 29 anos (15,62%) e 35 a 39 anos (14,64%), 1,25% apresentaram células escamosas atípicas, não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H), 0,95% apresentaram lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG) e 0,77% apresentaram lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG).

Quanto à realização prévia de exame citopatológico, observamos que 41.908 pacientes realizaram o exame citopatológico anteriormente (83,23%), enquanto 9,45% não haviam realizado. 7,65% das pacientes não sabiam ou não possuíam a informação na ficha.

DISCUSSÃO

Os resultados dos 50.352 exames de citopatologia realizados no Tocantins em 2018 estão de acordo com a evolução natural do CCU e, em alguns aspectos, confirmam os relatos da literatura. A prevalência de aproximadamente 5,5% de alterações celulares nos exames está de acordo com as frequências que variam de 2% a 9% encontradas por Buffon et al⁹, Rama et al¹⁰, Queiroz et al¹¹ e Silveira et al¹².

A frequência de exames ignorados pela coleta insatisfatória (2,47%) está abaixo do padrão mínimo de qualidade (5%) estabelecido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)¹³. Entretanto, sabendo-se que a qualidade da coleta influencia diretamente na adequabilidade da amostra, e que as alterações que sugerem lesão são encontradas 2 a 4 vezes mais quando a coleta é satisfatória¹⁴, deve-se sempre realizar continuamente programas de educação e atualização dos profissionais responsáveis pela coleta.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), as ASC-US representam a alteração mais comumente apresentada nos laudos citopatológicos do colo do útero, ficando entre 3,5% a 5% do total de exames realizados¹⁵. No presente estudo, a frequência encontrada foi de 2,22%, abaixo da média nacional, indicando uma boa capacitação dos profissionais na avaliação dos esfregaços citológicos.

A prevalência de LIEBG foi de 0,95%, estando de acordo com as frequências relatadas na literatura, que variam de 0,42% a 2,0%^{9,11,12}, acometendo principalmente a faixa etária de 20 a 24 anos (20,8%).

Em relação à realização prévia de exame citopatológico, 83,23% das pacientes relataram ter realizado o exame citopatológico anteriormente, enquanto 9,45% não haviam realizado, a maioria da faixa etária entre 15 a 19 anos (28,9%) e 20 a 24 anos (30%), faixa etária esta que mais apresentou LIEBG no período de 2018.

CONCLUSÃO

O estudo contribui para esclarecer a dimensão da questão concernente ao câncer de colo de útero no Estado do Tocantins, tendo em vista tamanha importância desse assunto relacionado à saúde pública. Os resultados obtidos demonstram que a realização no ano de 2018 foi feita com excelência, incluindo-se dentro dos parâmetros adotados pelos órgãos responsáveis por tais dados, como por exemplo, o INCA.

Quanto à análise dos perfis citológicos encontrados no Estado do Tocantins, nota-se ainda que, 11,37% dos exames apresentaram algum tipo de alteração e ainda 9,45% das pacientes não tinham realizado o exame anteriormente. O presente trabalho endossa a importância do tema para a saúde da mulher e para a saúde pública como um todo, reforçando a necessidade de melhorar cada vez mais a abrangência do serviço.

Além disso, estudos adicionais são imprescindíveis para a melhoria do conhecimento científico sobre este assunto e para avaliar quais as possíveis estratégias a serem adotadas para tal população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO programme on cancer control. Developing a global strategy for cancer. Lyon: WHO; 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação de prevenção e vigilância. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008. Extraído de: [http://www.inca.gov.br].
3. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
4. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. FERNANDES, J.V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública, v.43, n.5, p.851-858, 2009.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
7. LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
9. Buffon A, Civa M, Matos VF. Avaliação de lesões intra-epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um Laboratório de Porto Alegre, RS. Rev Bras Anal Clin. 2006;38(2):83-6.
10. Rama CH, Roteli-Martins CM, Derchain SFM, Longatto-Filho A, Gontijo RC, Sarian LOZ, et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. Rev Saude Publica. 2008 fev;42(1):123-30.
11. Queiroz AMA, Cano MAT, Zaia JE. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na Cidade de Patos de Minas - MG. Rev Bras Anal Clin. 2007 abr-jun;39(2):151-7.
12. Silveira LMS, Cruz ALN, Faria MS. Atipias cervicais detectadas pela citologia em mulheres atendidas em dois hospitais da rede pública de São Luis - MA. Rev Bras Anal Clin. 2008;40(2):115-9.
13. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(5):216-18.
14. Amaral RG, Manrique EJC, Guimarães JV, Sousa PJ, Mignoli JR, Xavier APF, et al. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(11):556-60.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas

preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006.

RELATO DE CASO

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTE COM ARNOLD CHIARI TIPO II - RELATO DE CASO

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ARNOLD CHIARI TYPE II - CASE REPORT

Tatiane Pires de Oliveira¹; Renata dos Santos Oliveira¹; Edislene Mirela Cardoso Silva²; Erminiana Damiani de Mendonça Pereira³.

 ACESSO LIVRE

Citação: Oliveira TP et al. (2019), QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTE COM ARNOLD CHIARI TIPO II - RELATO DE CASO, 6(3): 17-21.

Instituição:

¹ Discente do Curso de Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO.

² Médica Residente em Medicina de Família e Comunidade, Palmas, TO.

³ Docente Adjunta do Curso de Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO.

Autor correspondente:

Tatiane Pires de Oliveira
tatip995@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Oliveira et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: A síndrome de Arnold Chiari é uma das principais malformações da junção craniocervical em adultos. Esse distúrbio é dividido em quatro subtipos: tipo I, II, III e IV. O tipo II está relacionado à mielomeningocele e à hidrocefalia, ocorrendo herniação tanto das amígdalas cerebelares quanto do verme cerebelar, quarto ventrículo e ponte. Verifica-se também estenose do aqueduto cerebral, hidromielia e displasia cortical. Como resultado, a principal anomalia cerebral na síndrome de Chiari II é o deslocamento inferior da ponte, medula, quarto ventrículo e verme cerebelar para forame magno e canal cervical superior. **Descrição do caso:** Paciente feminino, 49 anos, portadora da síndrome de Arnold-Chiari II e invaginação basilar com compressão do tronco encefálico, procurou UBS em Palmas-TO, deixando claro, a limitação de sua qualidade de vida, em virtude da doença. Após assinatura de TCLE, foram aplicados os questionários SF-36 e HAQ. **Discussão:** No relato apresentado, nota-se o papel da dor na limitação da qualidade de vida da paciente, a qual funciona como fator desencadeante dos demais prejuízos. Estudos prévios relataram baixa qualidade de vida em pacientes com malformação de Chiari. Quanto à capacidade funcional em pacientes portadores de AC tipo II a literatura é pouco vasta. Sabe-se que baixa funcionalidade comumente propicia estresse e ansiedade, pois traz mudanças na identidade, na imagem corporal e exige o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Palavras – chave: Arnold Chiari; Invaginação Basilar; Qualidade De Vida.

ABSTRACT

Introduction: Arnold Chiari syndrome is one of the major malformations of the craniocervical junction in adults. This disorder is divided into four subtypes: types I, II, III and IV. Type II is related to myelomeningocele and hydrocephalus, occurring with herniation of the cerebellar tonsils, the cerebellar worm, fourth ventricle and bridge. There is also cerebral aqueduct stenosis, hydromyelia and cortical dysplasia. As a result, the main cerebral anomaly in Chiari II syndrome is the inferior displacement of the bridge, medulla, fourth ventricle and cerebellar worm to the foramen magnum and upper cervical canal. **Case report:** A 49-year-old female patient with Arnold-Chiari II syndrome and a basilar invagination with compression of the brainstem, sought medical advice in Palmas-TO, making it clear that her quality of life was limited due to the disease. After signing an informed consent, the SF-36 and HAQ assessments were applied. **Discussion:** In the present report, pain plays a significant role in limiting the patient's quality of life, acting as a triggering factor for other losses. Previous studies have reported poor quality of life in patients with Chiari malformation. Regarding the functional capacity in patients with type II AC, literary resources are limited. It is known that low functionality commonly leads to stress and anxiety, as it brings changes in identity, body image and requires the development of coping strategies.

Keywords: Arnold Chiari Syndrome; Basilar Invagination; Quality Of Life.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Arnold Chiari (AC) é uma das principais malformações da junção craniocervical em adultos¹ e retrata quatro anomalias raras ligadas à base do cérebro². Essa patologia se define pela herniação congênita ou adquirida do cerebelo através do forame magno, resultando na compressão do tronco cerebral³.

A etiologia desta doença é desconhecida, porém, há diversas evidências que indiquem como causa um defeito na mesoderme paraxial, produzindo a fossa craniana posterior e o tronco cerebral de formato raso².

Esse distúrbio é dividido em quatro subtipos: tipo I, II, III e IV². O tipo I é definido pela a herniação somente das amígdalas cerebelares através do forame Magno. O tipo II está relacionado à mielomeningocele e à hidrocefalia, ocorrendo herniação tanto das amígdalas cerebelares quanto do verme cerebelar, quarto ventrículo e ponte. Verifica-se também estenose do aqueduto cerebral, hidromielia e displasia cortical. O tipo III qualifica-se por uma displasia frontonasal na qual acontece a descida do cerebelo e do tronco cerebral pela coluna vertebral, acarretando uma encefalocele occipital. E o tipo IV está vinculado com atrofia cerebelar².

A primeira descrição da síndrome de AC tipo II foi feita por Jean Cruveilhier (1791-1874), antes mesmo de Arnold e Chiari realizarem sua descrição anatômica definitiva. Jean observou um paciente com meningomielocoele e relatou o seguinte quadro clínico "... A parte superior da cervical é consideravelmente alargada, contendo tanto a medula espinal como partes correspondentes ao cerebelo, que é alongado e cobre o quarto ventrículo que se tornou-se mais longo e mais amplo"⁴.

Por fim, atualmente, a síndrome de AC do tipo II define-se como um defeito no desenvolvimento do prosencéfalo observado, em 70% dos casos, na forma de uma mielomeningocele. Apesar de que, inicialmente, foi descrita apenas como o deslocamento caudal do verme cerebelar, do tronco cerebral e do quarto ventrículo, atualmente é reconhecida como uma malformação extensa envolvendo estruturas supratentoriais e infratentorial, bem como elementos do crânio e coluna vertebral⁵. Esse fenômeno é o resultado do escape crônico de líquido cefalorraquidiano no útero levando ao crescimento incompleto da fossa posterior. Dessa forma, essa fossa torna-se pequena e acontece o agrupamento das estruturas neurais com consequente herniação nos espaços adjacentes. Como resultado, a principal anomalia cerebral na síndrome de Chiari II é o deslocamento inferior da ponte, medula, quarto ventrículo e verme cerebelar para forame magno e canal cervical superior. Além de haver, de forma expressiva, presença de uma massa intermédia significativamente ampliada, tronco cerebral alongado e contorcido, teto do quarto ventrículo com o formato de bico, agenesia do corpo caloso e ausência do septo pelúcido.

Nesse tipo, há uma elevada prevalência de malformações de desenvolvimento da cortical e anomalias da migração neuronal, incluindo polimicrogiria e heterotopias neuronais. Interdigitação de sulcos corticais na linha média superior podem ser visualizados devido à hipoplasia.

Aproximadamente, 85% a 90% dos pacientes com o tipo II têm hidrocefalia⁶. Apresenta ainda, ao contrário da do tipo I, expressão clínica na infância e pode se manifestar no neonato como uma rápida deterioração neurológica com disfunção do tronco encefálico, incluindo, disfagia, nistagmo, hipotonia facial, apneia, estridor, pneumonias aspirativas, paresia unilateral das extremidades superiores e opistótonos³. As crianças podem desenvolver disfunção cerebelar e do centro respiratório, além de alteração no nono e décimo pares de nervos cranianos, gerando apneia central⁷. Na terceira infância ou na adolescência podem aparecer ainda siringomielia ou escoliose⁵. Nas pessoas acima de 18 anos, as manifestações costumam ser mais graves, sendo diagnosticados na fase mais tardia³.

Embora haja consenso de que a síndrome de Arnold e Chiari tipo II sintomática deva ser tratada, há pouca conformidade sobre a estratégia cirúrgica ideal para essa anormalidade. Técnicas operatórias descritas na literatura são diversas, variando desde craniectomia suboccipital, laminectomia cervical, e durotomia com ou sem aumento dural⁵. Entretanto, as crianças que desenvolvem hidrocefalia são normalmente submetidas ao uso da derivação ventriculoperitoneal nos primeiros seis meses de vida, o que pode resultar em aumento da taxa de mortalidade devido a infecção⁷.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 49 anos de idade, parda, casada, educadora por 18 anos, aposentada há 2 anos, natural de Araguaína - TO, residente em Palmas - TO, procurou UBS em Palmas - TO desejando realizar exames laboratoriais para retorno em centro de saúde de Brasília - DF. Durante a consulta paciente trouxe exames de imagem e laudos médicos constando que a mesma é portadora da síndrome de Arnold-Chiari II e invaginação basilar com compressão do tronco cerebral. O diagnóstico foi realizado no ano de 2004, após paciente apresentar quadros recorrentes de parestesias e movimentos involuntários em face. Realizou cirurgia em 2013 para descompressão do tronco cerebral e reduzir o risco iminente de morte, presente, devido ao risco de compressão a nível de bulbo.

Durante a consulta médica, foi perceptível, a ansiedade por parte da paciente, em relação à gravidade da doença, deixando evidente a limitação de sua qualidade de vida em relação à patologia portada, apresentou queixas relacionadas às limitações físicas e sociais resultantes da patologia. Assim surgiu o interesse por parte dos pesquisadores para o presente trabalho.

A paciente foi devidamente esclarecida quanto ao objetivo da pesquisa, sendo convidada a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) caso concordasse em participar do estudo.

Tabela 1: Pontuação obtida após aplicação de SF - 36

| Domínio | Pontuação |
|-----------------------------------|-------------|
| Capacidade funcional | 55 pontos |
| Limitação por aspectos físicos | 25 pontos |
| Dor | 32 pontos |
| Estado geral de saúde | 42 pontos |
| Vitalidade | 50 pontos |
| Aspectos sociais | 50 pontos |
| Limitação por aspectos emocionais | 33,3 pontos |
| Saúde mental | 44 pontos |

Em seguida, foi iniciada a aplicação de dois questionários, sendo um para avaliar a qualidade de vida e outro para capacidade física. Para avaliar a qualidade de vida (QV) foi utilizado o questionário SF-36 (*Short-Form Health Survey*), o qual é o questionário de medidas genéricas de qualidade de vida mais utilizado⁸, pois tem sua validade, aceitabilidade e confiabilidade comprovadas⁹. Este instrumento de QV multidimensional foi desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli e colaboradores em 1997 sendo este aplicado à paciente, composto por 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação de cada domínio varia entre 0 (pior estado) e 100 (melhor estado)¹⁰. A descrição da pontuação da entrevistada relacionada a cada domínio encontra-se na Tabela 1.

A capacidade física foi avaliada pelo HAQ (*Health Assessment Questionnaire*). Tal questionário foi desenvolvido no início da década de 1980 por Fries e colaboradores, como uma ferramenta com o objetivo de mensurar o impacto de doenças crônicas nas funções diárias dos pacientes¹¹. É um questionário autoaplicável, que acessa múltiplos aspectos baseado nas referências do próprio paciente e é um dos instrumentos mais citados e empregados¹². Foi utilizada a tradução para o português do HAQ já publicado na literatura¹³. Esse instrumento avalia a capacidade de os pacientes realizarem tarefas relacionadas a oito tipos de atividades do dia a dia, ou seja, vestir-se, levantar-se, comer, caminhar, higiene, alcançar e outras. Cada uma dessas atividades é representada por duas ou mais questões. O escore de cada questão varia de 0 a 3 (0 = sem dificuldade para executar a tarefa e 3 = impossível executar a tarefa). O valor mais alto obtido em uma das perguntas de cada componente é o escore para aquele componente. O índice é calculado pela média dos escores dos

8 componentes. A paciente pontuou 1.25, indicando que possui disfunção moderada a grave (Tabela 2).

Tabela 2:

| Componentes | Maior escore |
|-------------------|--------------|
| Vestir-se | 1 |
| Levantar-se | 2 |
| Alimentar-se | 3 |
| Caminhar | 3 |
| Higiene pessoal | 2 |
| Alcançar objetos | 6 |
| Apreender objetos | 2 |
| Outras atividades | 5 |

DISCUSSÃO

O conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde, define qualidade de vida, como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que se vive em relação às expectativas, aos objetivos, aos padrões e aos conceitos. É vista como um contexto abrangente que pode ser afetado pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelos relacionamentos sociais, pelas crenças pessoais e pelas relações com o meio ambiente¹⁴. No relato apresentado, nota-se que há prejuízo em todos os domínios, sendo mais marcante, o papel da dor na limitação da qualidade de vida da paciente, a qual funciona como fator desencadeante dos demais prejuízos apresentados. A dor torna-se protagonista, passando a direcionar e limitar as decisões e comportamentos do indivíduo¹¹.

Estudos prévios relataram baixa QV e alta incidência de distúrbios do sono em pacientes com malformação de Chiari¹⁵. Trinta e sete por cento (37%) tinha um padrão normal de sono, enquanto quarenta e dois por cento (42%) mostrou um padrão ligeiramente anormal, e um padrão moderadamente para severamente da função de respiração anormal foi vista em 20 por cento (20%) casos¹⁶. A paciente entrevistada relatou que a qualidade de sono é limitada pela postura restrita, devido a dor e pela ansiedade em virtude do risco de morte iminente.

Há muitas complicações somáticas causadas pela má formação de Arnold Chiari como dor, déficits motores, atrofia muscular, paralisia de nervos cranianos, ataxia cerebelar, nistagmo, déficits sensoriais, disfagia e disfonia². Em sua entrevista a paciente relatou que a ataxia cerebelar foi responsável por baixa autoestima na juventude, uma vez que se via incapaz de utilizar sapatos de salto alto como as demais jovens. Além disso, relatou que os espasmos em face

prejudicaram em muito sua função como educadora de crianças, visto que os menores ficavam assustados, aumentando assim sua ansiedade em relação ao estado de saúde.

Segundo Hoederath, as comorbidades psiquiátricas tais como ansiedade e distúrbios de humor ocorrem com frequência e afetam o funcionamento e a qualidade de vida, sendo algumas vezes, resultado da angústia pelas manifestações somáticas da patologia².

Além de ser consequência da redução da QV pelas limitações da doença, os portadores da síndrome de AC tem também desordens orgânicas responsáveis por transtornos depressivos. De acordo com estudos recentes, a mal formação de Arnold Chiari causa depressão e ansiedade ao pressionar o tronco cerebral, o que afeta os sistemas serotoninérgicos e neuroadrenérgicos, incluindo a rafe dorsal e mediana. Além disso, a apatia pode ser um obstáculo significativo para a cognição e a qualidade de vida e está associada à depressão¹⁷. Tal dado corrobora o estado mental da paciente e a necessidade de acompanhamento multiprofissional, para portadores desta mal formação.

Quanto à capacidade funcional em pacientes portadores de AC tipo II a literatura é pouco vasta². Sabe-se que baixa funcionalidade comumente propicia estresse e ansiedade, pois traz mudanças na identidade, na imagem corporal e exige o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento¹⁸.

A paciente manifestou melhora da ansiedade e da dor após realizar terapia psicológica e acupuntura a nível de atenção básica, mostrando que a utilização deste rede multiprofissional disponível pode ser uma ferramenta na melhoria da qualidade de vida destes pacientes. Na verdade, o prognóstico clínico geral dos pacientes melhora consideravelmente ao longo dos anos, quando comparado com dados históricos², devido ao avanço das técnicas cirúrgicas e a diminuição real das complicações infecciosas. Ainda assim existe a dificuldade de elaborar diretrizes sobre o melhor acompanhamento e tratamento desta entidade patológica, em virtude das várias apresentações clínicas².

CONCLUSÃO

Conclui-se que o suporte psicológico, aliado à terapia de grupo e práticas integrativas complementares são importantíssimas para pacientes acometidos por dor crônica.

REFERÊNCIAS

1. Botelho RV, Ferreira JA, Zandonadi Ferreira ED. Basilar Invagination: A Craniocervical Kyphosis. *World Neurosurg*. 2018;1-7.
2. Hoederath L, Jellestad L, Jenewein J, Boettger S. Psychotic and major neurocognitive disorder secondary to arnold-chiari type II malformation. *Psychiatr Danub*. 2014;26(3):291-3.
3. Navarro PN, Rodríguez JLC, Peraita-Adrados R, Salcedo AP. Síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño asociado a malformación de Arnold-Chiari tipo II. Beneficios de la intervención neuroquirúrgica TT. *An Pediatr [Internet]*. 2013;78(3):195-8.

Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-109986>

4. Beuriat PA, Szathmari A, Rousselle C, Sabatier I, Di Rocco F, Mottotese C. Complete Reversibility of the Chiari Type II Malformation After Postnatal Repair of Myelomeningocele. *World Neurosurg [Internet]*. Elsevier Inc.; 2017;108:62-8. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2017.08.152>
5. Akbari SHA, Limbrick DD, Kim DH, Narayan P, Leonard JR, Smyth MD, et al. Surgical management of symptomatic Chiari II malformation in infants and children. *Child's Nerv Syst*. 2013;29(7):1143-54.
6. Shankar P, Zamora C, Castillo M. Congenital malformations of the brain and spine [Internet]. 1º ed. *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V.; 2016. 1121-1137 p. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-53486-6.00058-2>
7. Hashiguchi K, Morioka T, Murakami N, Togao O, Hiwatashi A, Ochiai M, et al. Sequential morphological change of Chiari malformation type II following surgical repair of myelomeningocele. *Child's Nerv Syst*. 2016;32(6):1069-78.
8. Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shidley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study, *Br Med J* 1997; 315: 1273-79.
9. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcomes measure for primary care. *Br Med J* 1992;305: 160-64
10. Ciconelli, RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36 - item short form" 148 f (Doutorado) - Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997
11. Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor. São Paulo*, 2011 abr-jun;12(2):120-4
12. Ranzolin A. Estudo da associação de fibromialgia com os resultados dos escores DAS28, HAQ e SF-36 em pacientes com artrite reumatóide. 70 f (Mestrado) - Ciências médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008
13. Ferraz MB, Oliveira LM, Araújo PMP, Atra E, Tuquwell, P. - Cross-cultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J. Rheumatol.*, 17: 813-7, 1990.
14. Christofolletti G, Hygashi F. PARALISIA CEREBRAL : uma análise do comprometimento motor sobre a qualidade de vida Cerebral Palsy : An Analysis Among Motor Disabilities and Quality of Life. 2007;37-44.
15. Ottenhausen M, Alalade AF, Rumalla K, Nair P, Baaj A, Hartl R, et al. Quality of Life After Combined Endonasal Endoscopic Odontoidectomy and Posterior Suboccipital Decompression and Fusion. *World Neurosurg [Internet]*. Elsevier Inc; 2018;1-6. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.05.041>
16. Messing-Jünger M, Röhrig A. Primary and secondary management of the Chiari II malformation in children with myelomeningocele. *Child's Nerv Syst*. 2013;29(9):1553-62.

17. Kandeger A, Guler HA, Egilmez U, Guler O. Major depressive disorder comorbid severe hydrocephalus caused by Arnold – Chiari malformation Does exposure to a seclusion and restraint event during clerkship influence medical student ' s attitudes toward psychiatry ? Indian J Psychiatry. 2018;59(4):2017–8.

18. Possato JM, Rabelo DF. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos Revista Kairós 2017 — Gerontologia, 20(2), pp. 45-58. São Paulo (SP), Brasil

RELATO DE CASO

COINFECÇÃO ENTRE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: UM RELATO DE CASO

COINFECTION BETWEEN AMERICAN TEGUMENTARY LEISHMANIOSIS AND THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS: A CASE REPORT



ACESSO LIVRE

Citação: Araujo FM et al. (2019), COINFECÇÃO ENTRE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: UM RELATO DE CASO, 6(3): 22-25.

Instituição:

¹Médico(a) Residente em Dermatologia da Universidade Federal do Tocantins – UFT (Palmas-TO);

² Acadêmica do curso de medicina da Universidade Nove De Julho Bauru – UNINOVE (Bauru-SP);

³ Médico Patologista do Laboratório SICAR (Palmas-TO);

⁴ Médico Dermatologista da Prefeitura de Palmas – (Palmas-TO);

⁵ Médico(a) Dermatologista do Hospital Geral Público de Palmas – HGP (Palmas-TO).

Autor correspondente:

Fellipe Magela de Araújo
Fellipemagela@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Araujo et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

Fellipe Magela de Araujo¹; Amanda Oliveira Gurgel do Amaral²; Yasmin Pugliesi¹; Plínio Medeiros Filho³; Caio César Siqueira Formiga⁴; Jose Tarciso da Silva⁵; Luciane Prado e Silva Tavares⁵.

RESUMO

Introdução: A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecto parasitária de acometimento cutâneo mucoso causada por protozoários do gênero *Leishmania*. O quadro clínico depende da espécie da *Leishmania* envolvida e da resposta imune do hospedeiro. Indivíduos infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem apresentar quadros atípicos e exuberantes de LTA. **Relato do Caso:** Este trabalho relata um caso de LTA mucocutânea em um paciente HIV positivo com acometimento extenso de hemiface esquerda. Esse paciente esteve aos cuidados de uma equipe interdisciplinar e as lesões cutâneas melhoraram após uso de Anfotericina B lipossomal. **Considerações Finais:** O diagnóstico e tratamento precoce de casos atípico de LTA é fundamental. Mais estudos deveriam ser propostos para elucidar a imunologia da coinfeção entre HIV e LTA.

Palavras Chave: Leishmaniose Mucocutânea; HIV; Coinfeção.

ABSTRACT

Introduction: American Cutaneous Leishmaniasis (ACL) is a parasitic infectious disease of mucocutaneous impairment caused by protozoa of the genus *Leishmania*. Clinical features depend on the species of *Leishmania* involved and the immune response of the host. Human immunodeficiency virus (HIV)-infected individuals may present atypical and exuberant clinical manifestations of ACL. **Case Report:** This study reports a case of mucocutaneous ACL in a HIV-positive patient with extensive involvement of left hemiface. This patient was in the care of an interdisciplinary team and skin lesions improved after liposomal amphotericin B. **Final considerations:** Early diagnosis and adequate treatment of atypical ACL is crucial. More studies should be proposed to better understand the immunology of coinfection between HIV and ACL.

Keywords: Leishmaniasis, Mucocutaneous; HIV; Coinfection..

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença causada por protozoários do gênero *Leishmania*, pode acometer pele e mucosas e é Infecto parasitária ¹. Figuras iconográficas relacionadas a LTA são encontradas em cerâmicas

de tribos incas do Peru e Equador de 400 a 900 AD que evidenciavam uma doença de comprometimento cutâneo mucoso com faces mutiladas e acometimento nasal ². No Brasil apresenta áreas endêmicas e merece grande atenção devido ao comprometimento dermatológico que pode cursar com deformidades, envolvimento psicológico, social e econômico ¹.

A LTA pode apresentar diferentes formas clínicas dependendo da espécie de *Leishmania* envolvida, bem como, das relações inerentes a interação do agente causador com o hospedeiro^{3,4}. Nesse contexto, um quadro de imunossupressão pode alterar a história natural da LTA gerando manifestações atípicas e as vezes de difícil terapêutica. Na coinfeção entre o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a LTA já foram relatados casos exuberantes, falhas terapêuticas, maiores índices de fatalidade, menor cura e maior recorrência^{4,5}.

O presente artigo visa relatar um caso conduzido satisfatoriamente de coinfeção entre HIV e LTA e discutir a clínica, o diagnóstico e manejo do paciente em paralelo com o que é preconizado na literatura.

RELATO DO CASO

Paciente, 36 anos, masculino, negro, procedente de São Félix-PA, comparece em ambulatório com queixa principal de "ferida na face há 2 anos". Relatou que há 2 anos apresentou uma pequena úlcera em região malar esquerda que foi crescendo e atingindo grande parte da hemiface esquerda. Referiu prurido e episódios de saída de secreção serosanguinolenta associados. Não soube relatar fatores desencadeantes ou de melhora. Referiu tentativas de tratamento com antibióticos e antifúngicos tópicos e sistêmicos prescritos por médicos, sem melhora do quadro.

Nos antecedentes pessoais referiu fazer uso de bebida alcoólica socialmente há 15 anos, referiu 1 episódio de malária e 2 acidentes ofídicos prévios. Relatou também comportamento sexual de risco com presença de várias parceiras sexuais desde a adolescência.

Ao exame: Lesão ulcerada com aproximadamente 10 cm em seu maior diâmetro, presença de fundo granuloso com crostas hemáticas esparsas e bordas infiltradas e violáceas. As margens da lesão infiltram a esquerda: o lóbulo de orelha; a região mandibular; maxilar; paranasal; palpebral; temporal e auricular anterior. A rinoscopia evidenciou acometimento de mucosa nasal e a oroscopia demonstrou a infiltração do palato. Mediante ao quadro apresentado, diagnósticos diferenciais de úlceras foram aventados, entre eles: PLECT (Paracoccidioidomycose; Leishmaniose Tegumentar; Esporotricose; Cromomicose; Tuberculose Cutânea); Pioderma Gangrenoso; e Neoplasia de Pele não melanoma. O caso foi conduzido com realização de biópsia, exames laboratoriais, sorologias e investigação de causas de imunossupressão que justificassem o acometimento exuberante.

Digno de nota, em exames complementares, presença de sorologia para HIV positiva e elevação de ureia e creatinina compatíveis com injúria renal. Em anatomopatológico visualização de infiltrado difuso na derme com linfócitos, histiócitos, plasmócitos e de amastigotas intracelulares compatíveis com LTA.

Paciente, nesse contexto, foi orientado quanto a seus diagnósticos de HIV e LTA com acometimento cutâneo e mucoso. Foi realizada internação do mesmo em nível terciário de atenção com introdução de Terapia Antirretroviral (TARV) com Tenofovir 300mg/dia + Lamivudina 300mg/dia + Dolutegravir 50mg/dia. Ademais, foi proposto e realizado

tratamento da LTA mucocutânea com Anfotericina B Lipossomal de acordo com o peso do paciente (56kg), sendo assim, foram administradas 44 ampolas de anfotericina B lipossomal em 11 dias (4 ampolas por dia) resultando em uma dose total de tratamento de 2.200mg (39,28mg/kg).

Durante a internação, paciente apresentou melhora clínica do estado geral, tendo sido assistido por uma equipe interdisciplinar com a presença de profissionais de dermatologia, infectologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, nutrição, enfermagem e psicologia. Após ter recebido cuidados locais e sistêmicos para o quadro que apresentava, recebeu alta após 15 dias de internação para continuidade de acompanhamento em nível de atenção secundário.



Fig 1. Úlcera em hemiface esquerda antes do início do tratamento. **Fig 2.** Acometimento de palato em LTA.



Fig 3. Úlcera em hemiface esquerda após 1 semana de tratamento. **Fig 4.** Úlcera em hemiface esquerda após término de última dose de Anfotericina B lipossomal.

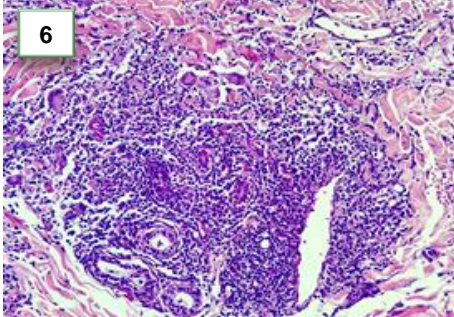
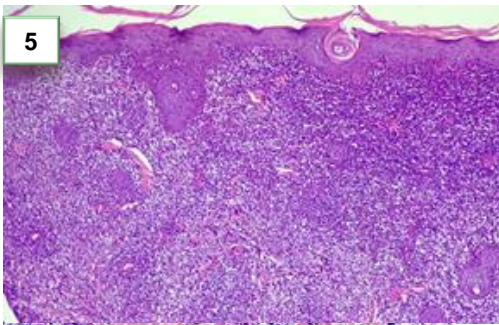


Fig 5: Epiderme com hiperplasia focal e infiltrado inflamatório difuso em toda derme (aumento 40x). **Fig 6:** Infiltrado em meio a fibras colágenas com presença de células gigantes multinucleadas (aumento 100x).

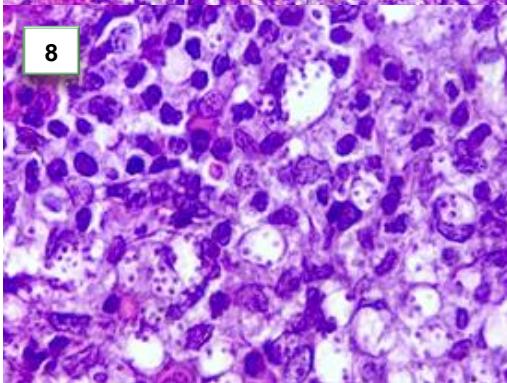
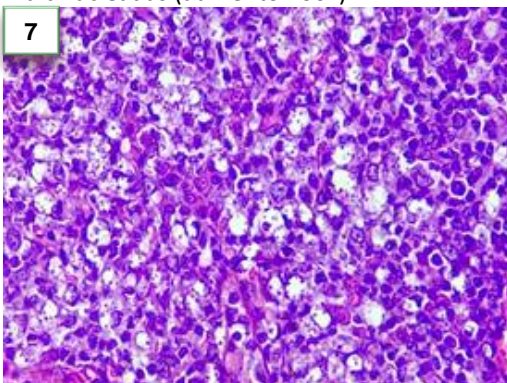


Fig. 7: Infiltrado com linfócitos, histiócitos e plasmócitos. Presença de amastigotas intracelulares (aumento 400x). **Fig 8:** Visualização de vacúolos com presença de amastigotas (aumento 1.000x).

DISCUSSÃO

Na vigência da clínica de uma úlcera extensa, alguns diagnósticos devem ser propostos, dentre eles o PLECT, Pioderma Gangrenoso, e Neoplasia de Pele não melanoma. No paciente relatado, a extensão da lesão fugia aos padrões habitualmente encontrados nessas patologias, sendo assim, a

suspeita de uma possível imunossupressão se fez presente. A condução do caso deu-se corretamente com uma biópsia e também com a busca de causas que justificassem a clínica exuberante, pois, ressalta-se que o quadro clínico depende do parasita e do sistema imune do hospedeiro^{1,3,4,6}. Como desfecho, o diagnóstico da coinfeção entre LTA associado ao HIV foi realizado.

Desde de os primeiros casos descritos de LTA associada ao HIV no final da década de 80, inúmeros casos foram constatados sendo um desafio em áreas tropicais o manejo dessa coinfeção^{7,8}.

É descrito na literatura que o HIV pode alterar a manifestação da LTA em pacientes, e sugere-se que a LTA pode acelerar a história natural do HIV^{9,10}. De maneira geral, entende-se que fatores imunológicos inerentes ao HIV direcionam a imunidade do paciente para o polo humoral, com prejuízo da resposta celular, o que prejudica o controle e a defesa contra parasitas como a *Leishmania*^{4,8}. Além disso, a *Leishmania* apresenta mecanismos de escape imunológico que visam proporcionar a sua manutenção e multiplicação no hospedeiro, dentre eles cita-se: o parasitismo intracelular; a inibição da resposta TH1 responsável pela produção de citocinas que ajudam na defesa celular; redução da atividade das células NK; redução da expressão de antígenos limitando a atuação do complexo de histocompatibilidade classe 2; e inibição da expressão da óxido nítrico sintetase, favorecendo o parasitismo intracelular^{4,8}.

Após o entendimento dos diagnósticos principais do paciente em estudo, foram seguidos protocolos do ministério da saúde para pessoa diagnosticada com HIV/AIDS sendo proposta a TARV com Tenofovir 300mg/dia + Lamivudina 300mg/dia + Dolutegravir 50mg/dia. Ademais o paciente foi notificado, foram rastreadas durante a internação outras coinfeções -não encontradas- e uma vez que a TARV foi introduzida, o paciente foi orientado que a mesma deveria ser diariamente continuada para que se evitasse resistência¹¹.

Em pacientes com LTA coinfectados com HIV ou demais imunossupressões, a Anfotericina B Desoxicolato é o medicamento de escolha para o tratamento, todavia, esta é contraindicada em pacientes com comorbidades renal, hepática, cardíaca, gestantes e pacientes com idade maior ou igual a 50 anos, nesse contexto, a anfotericina B Lipossomal passa a ser a primeira escolha¹. O tratamento do paciente foi realizado de maneira assertiva com anfotericina B Lipossomal sendo justificado pela injúria renal que o mesmo apresentava. A dose endovenosa de anfotericina B Lipossomal total para Leishmaniose cutâneo mucosa em pacientes coinfectados pelo HIV deve ser de 30 a 40mg/kg em dose total, tendo o paciente recebido (39,28mg/kg) sem intercorrências¹.

O critério de cura para Leishmaniose tegumentar de acometimento cutâneo e/ ou mucoso é clínico. Em lesões cutâneas o critério clínico de cura dá-se pela melhora progressiva das lesões com reepitelização das mesmas em até 90 dias e com desaparecimento dos sinais de descamação, crosta, infiltração e eritema em até 180 dias da conclusão do esquema. Em lesões mucosas a cura clínica é definida pela regressão de todos os sinais de acometimento mucoso comprovados por exame otorrinolaringológico em até 6 meses após o término do tratamento¹.

No caso relatado, considerou-se que o paciente foi manejado de maneira satisfatória com a notificação das comorbidades encontradas (LTA e HIV); pronta introdução da TARV; tratamento correto da LTA; e recebeu alta para continuidade de acompanhamento com diferentes especialistas pelo grau de acometimento que apresentava, bem como pela necessidade de seguimento para controle de cura.

CONCLUSÃO

A maioria dos casos de LTA não apresentam a complexidade do caso relatado, porém, é imprescindível que o médico que reside em áreas endêmicas tenha a vivência e esteja apto a se deparar, suspeitar e, em algumas situações, conduzir casos que podem ser desafiadores.

Ressalta-se a importância de novos estudos para que se entenda melhor a imunologia da Leishmaniose no paciente portador de HIV.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde. Manual de Vigilância de Leishmaniose Tegumentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf
2. Silva GA, Sugui D, Nunes RF, Azevedo K, Azevedo M, Marques, A, Martins C, Ferry FRA. Mucocutaneous Leishmaniasis/HIV Coinfection Presented as a Diffuse Desquamative Rash: Case Rep Infect Dis 2014; 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274836/>
3. Fauci, AS. Host factors and the pathogenesis of HIV – induced disease. Nature 384: 529-534, 1996. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/384529a0>
4. Raimunda NR, Salero Cristina PS, Resende P, Paula CDR. Leishmaniose tegumentar americana associada à AIDS: relato de quatro casos. Rev. Soc. Bras. Med. Trop 2002 nov-dez; 35(6):651-654. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000600017
5. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento da Co-infecção Leishmania-HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_diagnostico_leishmania_hiv.pdf
6. Idrogo JJA, Valverde RAM, Chian C, Villafane CB. Leishmaniasis mucocutânea en un paciente con infección por VIH: Rev Chilena Infectol 2014; 31 (5): 610-614. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000500015
7. Coura JR, Castro GB, Grimaldi Jr G. Disseminated American Cutaneous Leishmaniasis in a Patient with AIDS. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 1987 out-dez; 82(4). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/mioc/v82n4/vol82\(f4\)_113-114.pdf](http://www.scielo.br/pdf/mioc/v82n4/vol82(f4)_113-114.pdf)
8. Guerra JAO, Coelho LIRC, Pereira FR, Siqueira AM, Ribeiro RL, Miranda LA, Lacerda MVG, Barbosa MG, Talhari S. American Tegumentary Leishmaniasis and HIV-AIDS Association in a Tertiary Care Center in the Brazilian Amazon. Am. J. Trop. Med. Hyg 2011; 85(3): 524–527. Disponível em: <http://www.ajtmh.org/docserver/fulltext/14761645/85/3/524.pdf?expires=1545085870&id=id&accname=guest&checksum=97096F273E7FB3318578A9975EDE07D0>

9. Desjeux P, Alvar J. Leishmania/HIV co-infections: epidemiology in Europe. Ann Trop Med Parasitol 2003; 97(1)3–15. Disponível em: https://www.who.int/leishmaniasis/burden/hiv_coinfection/en/ATMP1.pdf

10. Molina R., Gradoni L., Alvar J. HIV and the transmission of Leishmania. Ann Trop Med Parasitol 2003;97(1):29–45. Disponível em: http://158.232.12.119/leishmaniasis/burden/hiv_coinfection/ATMP3.pdf

11. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

file:///C:/Users/DELL/AppData/Local/Temp/pcdt_adulto_12_2018_web-2.pdf

RELATO DE CASO

SÍNDROME DE MIRIZZI EM GESTANTE: RELATO DE CASO

MIRIZZI SYNDROME IN PREGNANT WOMEN: CASE REPORT

 ACESSO LIVRE

Citação: Santos JALM, Costa BJS, Silva EBS, Lima RC, Paz IAM, Rodrigues TMS, Paz MAAM (2019), SÍNDROME DE MIRIZZI EM GESTANTE: RELATO DE CASO, 6(3): 26-29.

Instituição: ¹Discente do curso de residência médica do hospital universitário Presidente Dutra /São Luís Maranhão, Brasil.

²Médico Cirurgião do aparelho digestivo e docente do hospital universitário Presidente Dutra /São Luís Maranhão, Brasil.

³Discente do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

Autor **correspondente:**
arnon_lmoraes@hotmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Santos et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

José Arnon Linhares Moraes dos Santos¹; Benito Júnior Santos da Costa¹; Elizeu Bruno Santos Silva¹; Roclides Castro de Lima²; Iuri Almeida Matias da Paz³, Thálliso Martins da Silva Rodrigues³, Manuel Antonio Almeida Matias da Paz³.

RESUMO

A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, acometendo em média 3% dos pacientes com este diagnóstico. Possui predominância no sexo feminino na faixa etária de 21 a 90 anos. Ocorre, geralmente devido a obstrução extrínseca da via biliar, tanto por um cálculo grande impactado no infundíbulo, comprimindo o ducto colédoco; ou por uma fístula da vesícula biliar com o colédoco. O tratamento depende do grau de comprometimento da via biliar. Este estudo tem como objetivo demonstrar síndrome de mirizzi em uma paciente gestante que foi submetida a procedimento cirúrgica com bom desfecho clínico, cirúrgico e obstétrico.

ABSTRACT

Mirizzi syndrome is a rare complication of cholelithiasis, affecting on average 3% of patients with this diagnosis. It has a predominance in females aged 21 to 90 years. It occurs, usually due to extrinsic obstruction of the biliary tract, either by a large calculus impacted on the infundibulum, compressing the bile duct; or by a gallbladder fistula with the bile duct. Treatment depends on the degree of bile duct involvement. This study aims to demonstrate mirizzi syndrome in a pregnant patient who underwent surgical procedure with good clinical, surgical and obstetric outcome.

dificuldades diagnósticas e terapêuticas, demandando experiência do profissional responsável pela abordagem. Geralmente não é diagnosticada no pré-operatório e a forma de como tratar, seja por via videolaparoscópica ou convencional, ainda gera discussões e controvérsias^{1,2,3,4,5,6,7}.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Mirizzi, descrita pela primeira vez em 1948 por Pablo Mirizzi, é uma complicação rara que ocorre em aproximadamente 0.05 a 4% dos pacientes com o diagnóstico de colelitíase, sendo mais comum em pacientes do sexo feminino, com idade entre 21 e 90 anos. Consiste na obstrução extrínseca da via biliar ocasionada por um cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar que causa um processo inflamatório com espasmo secundário do colédoco que se manifesta com icterícia obstrutiva. É uma patologia com

RELATO DO CASO

V.L.F, 33 anos, feminino, natural e procedente de São Luís-MA, procurou assistência médica devido início abrupto de episódios de dor abdominal em hipocôndrio direito e epigástrico, do tipo cólica, sem irradiação, de moderada intensidade, que melhorava com o uso de sintomáticos, associados a náuseas e vômitos, há cerca 9 meses do momento da consulta. Seis meses

após o início do quadro supracitado, paciente refere que a dor passou a irradiar para o dorso, com piora da intensidade e, desta vez, melhorando apenas com o uso de medicações endovenosas. Ao procurar atendimento médico, foi realizada uma ultrassonografia de abdome superior que evidenciou hepatocolédoco medindo 0,5 cm em seu maior calibre e vesícula biliar em topografia usual, apresentando imagens ecogênicas sugestivas de colelitíase (Figura 1 e 2).

Figura 1 – Imagem ecogênica

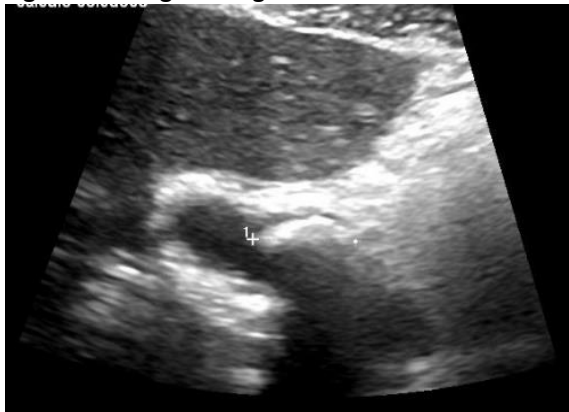


Figura 2 – Dilatação da via biliar



A paciente foi internada no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) para realização de colecistectomia videolaparoscópica. Paciente nega que nesse meio tempo tenha tido acolia fecal, icterícia ou colúria. Refere diagnóstico de asma brônquica, duas cesarianas prévias e ser tabagista e etilista social. Ao exame físico paciente se encontrava em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e em espaço, afebril, acianótica, anictérica, normocorada e hidratada. Abdome plano, flácido e indolor à palpação profunda sem a presença do sinal de Murphy. Após exames laboratoriais dentro dos padrões da normalidade, risco cardiológico grau I e ASA grau II. No intraoperatório foi visualizada anatomia bastante distorcida, com vesícula biliar de paredes espessadas e múltiplas aderências entre alças e vesícula e entre infundíbulo da vesícula e via biliar. Foi optado pela equipe assistente por colecistectomia parcial. Foi realizada lavagem da cavidade com soro fisiológico a 0,9%, revisão da hemostasia, retirada da vesícula biliar e passagem de um dreno tubular calhado em leito hepático. Paciente evoluiu sem intercorrências na

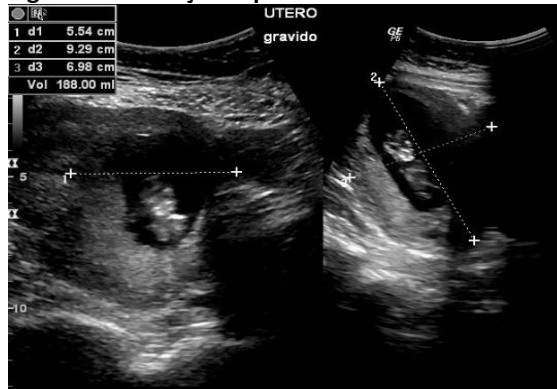
enfermaria, recebendo alta hospitalar e retorno ambulatorial. Exame histopatológico do produto de colecistectomia não demonstrou sinais de malignidade.

No décimo quinto dia de pós-operatório, paciente retornou com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, febre, náuseas e icterícia. Além disso, queixou-se de dois meses de atraso menstrual. A paciente foi reinternada e solicitada uma colangiressonância e ultrassonografia pélvica. A ressonância evidenciou vesícula biliar normodistendida, com paredes finas, apresentando cálculo impactado no seu infundíbulo, medindo cerca de 1,7 cm de diâmetro. Ademais, discreta ectasia das vias biliares intra-hepáticas e do hepatocolédoco, este último medindo cerca de 0,9 cm em seu maior diâmetro, localizado no seu terço proximal, apresentando redução gradual de calibre, sem sinais de cálculos em seu interior (Figura 3). A ultrassonografia mostrou gestação tópica, feto com boa vitalidade com idade gestacional de aproximadamente 8 semanas (Figura 4).

Figura 3 – Colangiressonância (dilatação intra e extra-hepáticas)



Figura 4 – Gestação tópica



Com base nos exames, foi idealizado a totalização da colecistectomia com extração do cálculo aderido no infundíbulo por videolaparoscopia. No intraoperatório foi visualizada neovesícula aderida a estruturas adjacentes, cálculo grande impactado no infundíbulo e comunicação do mesmo com ducto hepático. O colédoco distal apresentava-se com calibre fino. Foi realizada a liberação das aderências vesiculares e da aplaca vesicular e rebaixamento do duodeno que estava aderido ao hilo hepático. Logo após, foi feita a abertura da neovesícula, retirada do cálculo, sendo observada fístula

comprometendo mais de 50 % do diâmetro do ducto hepático, e realizada secção do hepático. Identificado o ângulo de Treitz, contado 70cm a partir do mesmo e elevação para a região epigástrica. Feita incisão em epigástrico, diérese por planos até cavidade e tracionamento da alça. Realizada enterotomia com grameador linear 01 carga azul, invaginação das alças e rafia da aponeurose com vicryl 0. Abertura da alça distal e anastomose da mesma com ducto hepático comum com PDS 5.0(posterior) e 3.0(anterior), sutura contínua. Realizada fixação da alça em leito hepático com PDS 3.0 com um ponto simples. Confeção de anastomose jejuno-jejunal com PDS 3.0, látero-lateral, 60cm a partir da anastomose bileodigestiva. Liberação da vesícula da placa biliar, seguida de lavagem da cavidade, revisão da hemostasia. Passagem de punho de luva, colocando vesícula e calculo dentro do punho, seguido de retirada. Passagem de dreno túbulo-laminar em flanco esquerdo e fixação com algodão 2.0.

Durante as primeiras doze horas de pós-operatório, a paciente apresentou boa evolução e com boa aceitação dietética. No entanto, ao completar as primeiras 24 horas de pós-operatório, a paciente apresentou quadro de dor em cólica em abdômen inferior, associada a náuseas e dreno abdominal com débito desprezível de aspecto seroso. Foi solicitada avaliação obstétrica que afastou a possibilidade de aborto após exame físico e ultrassonográfico. No segundo de pós-operatório, paciente já evoluiu com taquicardia, taquipnéia e distensão abdominal, mantendo débito do dreno desprezível. Solicitado ultrassom de abdômen total que evidenciou discreta quantidade de líquido sub-hepático com bem posicionado na pequena coleção. Paciente não apresentou melhora com conduta conservadora, optando-se por reabordagem por via convencional.

Durante a reabordagem foi visualizada grande quantidade de líquido livre em cavidade de aspecto biliar, deiscência parcial de 180° da anastomose bileodigestiva e anastomose entérica íntegra. Optou-se por realizar novamente ambas anastomoses com ressecção entérica. A anastomose bileodigestiva foi realizada com vicryl 4-0 pontos separados e anastomose entero-entérica com prolene 4-0 sutura contínua.

Paciente evoluiu nos primeiros 7 dias em leito de UTI com evolução cirúrgica e obstétrica satisfatória, recebendo alta da UTI para leito da enfermaria. No entanto, paciente apresentou complicação de ferida operatória (seroma) na incisão de Makuuchi, porém após melhora do quadro no 20° dia de pós-operatório, obteve alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial e avaliações no pré-natal de alto risco com o serviço de obstetria do hospital.

Exame histopatológico da neovesícula evidenciou mucosa do trato biliar, apresentando ulceração com focos de hemorragia recente. Paciente ainda pariu feto vivo com boas condições.

DISCUSSÃO

A síndrome de Mirizzi foi descrita pela primeira vez no ano de 1948 pelo médico argentino Pablo Mirizzi. Consiste em uma complicação rara que acomete cerca de 0.05 a 4% dos pacientes portadores de colelitíase, está presente em 0,7 a

1,8% das colecistectomias e é mais comum em mulheres que têm entre 21 e 90 anos de idade, como a paciente do caso em questão, provavelmente devido à preponderância de doença biliar nesse grupo^{1,3,4,5,6}. Ocorre devido a uma obstrução extrínseca do ducto hepático comum ou do colédoco por um cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar que provoca um processo inflamatório com espasmo secundário do colédoco que se manifesta com icterícia obstrutiva^{2,7,8,9}.

A abordagem diagnóstica utiliza desde o exame clínico até exames de imagem da via biliar. O paciente pode apresentar-se icterico, sendo necessário a investigação laboratorial e com exames de imagem a fim de fazer o diagnóstico diferencial com outras síndromes ictericas. Pode-se fazer o uso da ultrassonografia, tomografia computadorizada, colangiografia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou colangioprofilaxia^{10,11}. Apesar desses recursos a Síndrome de Mirizzi dificilmente é reconhecida no pré-operatório, aumentando assim o risco de morbidade e injúria do trato biliar, particularmente na cirurgia laparoscópica, pois a doença pode evoluir com uma alteração na anatomia entre a vesícula e o ducto hepático comum, resultante a um intenso processo fibrótico e, também, uma eventual comunicação do trato biliar¹².

A maneira como se apresenta a síndrome de Mirizzi varia desde a compressão extrínseca do ducto hepático comum até a presença de fístula colecistobiliar¹². Atualmente é classificada em tipo I, II, III, IV e V, que são: I) quando há compressão extrínseca do ducto hepático comum/ colédoco por cálculo no colo vesicular ou ducto cístico; II) quando há presença de fístula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; III) na presença de fístula colecistobiliar com diâmetro superior a 2/3 da circunferência do ducto hepático comum/ colédoco; IV) na presença de fístula colecistobiliar que envolve toda a circunferência do ducto hepático comum/colédoco; V) qualquer tipo, com presença de fístula colecistoentérica (Va: sem íleo biliar e Vb: com íleo biliar)^{3,8}.

O tratamento consiste em conduta cirúrgica e o tipo de abordagem varia de acordo com o tipo em que se apresenta a síndrome de Mirizzi. Para pacientes com Mirizzi tipo I, recomenda-se colecistectomias parciais ou totais, aberta ou por via laparoscópica, a depender da experiência do cirurgião. A exploração do ducto biliar comum tipicamente não é requerida. No tipo II, realiza-se a colecistectomia mais o fechamento da fístula, ou com sutura com fios absorvíveis, ou com tubo em T ou com coledocoplastia com a vesícula biliar remanescente. No tipo III, preconiza-se a coledocoplastia ou anastomose bilioentérica, o que foi realizado na paciente do caso em questão, e no tipo IV, a anastomose bilioentérica⁹.

O Tratamento cirúrgico exige experiência e habilidade na dissecação da via biliar, realização da colecistectomia, exploração segura das vias biliares e retirada dos cálculos, para evitar qualquer iatrogenia na via biliar, que representa um sério fator de complicação no pós-operatório. Com a ascensão da cirurgia laparoscópica, surge o debate sobre qual é a melhor via

de abordagem para o tratamento da Mirizzi. Alguns autores não considerem a laparoscopia como primeira escolha devido à dificuldade técnica na abordagem, sendo até mesmo considerada por alguns contraindicada essa abordagem para esse tipo de tratamento, de certo que todas essas questões dependem na experiência do cirurgião e equipe assistente^{13,14}.

cholangiopancreatography: laparoscopic or open approach. Surg Endosc 2002; 16(10): 1494-5

REFERÊNCIAS

- 1 - Shah OJ, Dar MA, Wani MA, Wani NA. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach. ANZ J Surg 2011;71:423-7
- 2 - Fonseca Neto OCL, Pedrosa MGL, Miranda AI. Surgical management of Mirizzi syndrome. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2008;21(2):51-4.
- 3 - Beltran MA, Csendes A, Cruces Ks. The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification. World J Surg 2008; 32:2237–2243.
- 4 - Machado MAC, et al. Colectomia Videolaparoscópica em paciente com Síndrome de Mirizzi. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 1997;52(6):324-327.
- 5 - Ibrarullah MD, Mishra T, Das AP. Mirizzi syndrome Indian J Surg 2008;70:281–287.
- 6 - Safioleas M, Stamatakos M, Safionelas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases. International Seminars in Surgical Oncology 2008; 5:12
- 7 - Dewar G, Chung SCS, Li AKL. Operative strategy in Mirizzi's syndrome. Surg Gynecol Obstet, 1990;171:157-9.
- 8 - Csendes A, Carlos Díaz J, Burdiles P, et alli. Mirizzi syndrome and cholecistobiliary fistula: a unifying classification. Br J Surg 1989;76:1139-43.
- 9 - Baer Hu, Matthews JB, Schweizer WP, Gertsch P, Blumgart LH. Management of Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystcholedochal fistula. Br J Surg 1990;77:743-5.
- 10 - Rohatgi A, Singh K.K. Mirizzi syndrome: laparoscopic management by subtotal cholecystectomy. Surg Endosc. 2006; 20:1477-1481/.
- 11 - Crema E, Silva SM, Bechara MIS, Marques SM, Pastore R, Silva AA. Síndrome de Mirizzi: Causa Comum de Conversão da Colectomia Laparoscópica. Rev bras videocir 2004;2 (2):75-78
- 12 - Waisberg J, Corona A, Abreu IW, Farah JFM, Lupinacci RA, Goffi FS. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management. Arq Gastroenterol 2005;42(1):13-8
- 13 - Berta R, Pansini GC, Zamboni P, Navarra G, Bertasi M, Vasquez G, Li Boni A. Laparoscopic treatment of Mirizzi's syndrome. Minerva Chir 1995; 50(6): 547-52.
- 14 - Presta L, Ragozzino A, Perrotti P, Antropoli C, Molino D, Deritis R, Mosca A. Detection of Mirizzi's syndrome with magnetic resonance

ARTIGO ORIGINAL



ACESSO LIVRE

Citação: Cavalcante CR et al. (2019), REDUÇÃO ESPONTÂNEA DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO, 6(3): 30-33.

Instituição:

¹ Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

² Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Gurupi, Gurupi, Brasil.

³ Médico Residente em Cirurgia Geral UFT/HGPP, Palmas, Brasil.

⁴ Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

Autor correspondente:

Jefferson Luís Santos Botelho
jeffersonlsbotelho@gmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Cavalcante et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

REDUÇÃO ESPONTÂNEA DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO

SPONTANEOUS REDUCTION OF TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA: CASE REPORT

Guilhermes Henrique Cavalcante¹; Mário Augusto Silva Pereira¹; Jefferson Luís Santos Botelho¹; Dayvson Wallyson Moura Gonçalves²; Maurício Pereira Filho³; Áurea Welter⁴.

RESUMO

Introdução: A hérnia diafragmática traumática (HDT) é uma importante complicação do trauma em região toracoabdominal e caracteriza-se pela passagem de conteúdo da cavidade abdominal para cavidade torácica. **Descrição do Caso:** Paciente sexo masculino, 19 anos, vítima de FAB em região toracoabdominal esquerda, evoluiu com hérnia diafragmática que apesar da pressão negativa na cavidade torácica, reduziu espontaneamente. **Discussão:** A redução espontânea da hérnia diafragmática é algo incomum devido à pressão negativa no tórax. No caso em questão, isso possibilitou uma melhor análise antes da correção cirúrgica.

PALAVRAS CHAVE: Hérnia Diafragmática; Diafragma; Cirurgia Geral; Ferimentos Penetrantes.

ABSTRACT

Introduction: Traumatic diaphragmatic hernia (TDH) is an important complication of thoracoabdominal trauma and is characterized by the passage of contents from the abdominal cavity to the thoracic cavity. **Case Report :** A 19-year-old male patient with knife-made-injury in the left thoracoabdominal region developed a diaphragmatic hernia that, despite negative pressure in the thoracic cavity, reduced spontaneously. **Discussion:** The spontaneous reduction of diaphragmatic hernia is uncommon due to the negative pressure in the thorax. In the case in question, this allowed a better analysis before the surgical correction.

KEY-WORDS: Hernia, Diaphragmatic; Diaphragm; General Surgery; Wounds, Penetrating.

INTRODUÇÃO

A hérnia diafragmática traumática (HDT) é caracterizada pela passagem de parte do conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica através de lesão diafragmática oriunda de um trauma da transição tóraco-abdominal^(1,2).

A HDT pode ser causada por trauma contuso ou perfurante e por causas iatrogênicas. Em cerca de 75% dos casos, o trauma contuso é o responsável⁽³⁾, sendo os acidentes por veículos automotores os principais responsáveis pela HDT em adultos e crianças^(4,3).

Os traumas penetrantes têm como principais causas ferimentos por arma branca^(5,6) e por arma de fogo⁽⁷⁾. Devido à fraqueza embrionária, o ponto mais acometido, com cerca de 70% dos casos⁽²⁾, é o lado esquerdo, especificamente na área póstero-lateral.

Na fisiopatologia das hérnias adquiridas está implicada uma depressão, quer circulatória quer respiratória, secundária à diminuição da função do diafragma, à compressão pulmonar e ao desvio do mediastino subsequente⁽¹⁾. Por esse motivo, as lesões pequenas ficam frequentemente sem diagnóstico por meses ou anos após o trauma inicial⁽⁵⁾ e só são detectadas quando o doente apresenta dispneia significativa ou estrangulamento intratorácico de órgão abdominal⁽⁸⁾.

As manifestações clínicas da HDT são variadas e vão depender de múltiplos fatores, tais como: órgão herniado, dimensão da hérnia, se há estrangulamento ou não, dentre outros, ou seja, são pouco sensíveis e específicas^(1,8,5). Tendo isso em vista, o diagnóstico de HDT por vezes é um achado em um exame de imagem de controle⁽⁹⁾.

O diagnóstico tardio resulta no aumento da morbimortalidade. Do ponto de vista clínico, deve-se suspeitar de HDT sempre que houver história de trauma associada à tríade de Borchardt – náuseas, dor abdominal e incapacidade de progredir com a intubação nasogástrica⁽¹⁰⁾.

Normalmente, as complicações das HDT se dão na fase tardia e podem ser: isquemia e necrose do órgão herniado, refluxo gastroesofágico, dispneia, atelectasia, dentre outros^(1,5).

RELATO DO CASO

D.T.A.M, sexo masculino, 19 anos, branco, solteiro, mecânico de automotores, foi admitido no Pronto-Socorro do Hospital Geral Público de Palmas no dia 02/12/18, vítima de Ferimento por Arma Branca (FAB) em região de transição toracoabdominal esquerda, referindo dor torácica de moderada intensidade localizada a esquerda que irradiava para dorso durante inspiração associada a dispneia e tontura, além de sangramento abundante desde o momento da lesão que ocorrera por volta de uma hora antes do acolhimento. Ao exame físico de admissão mantinha vias aéreas pervias, sem uso de colar cervical nem prancha rígida. Tórax expandindo simetricamente, taquidispneico, sem enfisema subcutâneo palpável, percussão em hemitórax direito com som claro pulmonar e maciço em base de hemitórax direito, murmúrios vesiculares presentes em ambos os hemitórax, diminuído em base esquerda com presença de ruídos hidroaéreos audíveis

em região ântero-lateral do tórax. Estável hemodinamicamente. Glasgow = 15, pupilas isofotorreativas. Lesão pérfuroincisa, de aproximadamente 5 centímetros em linha axilar média esquerda entre o 6º e 7º espaço intercostal, com hemorragia de pequena monta.

Realizada monitorização contínua e analgesia, o paciente evoluiu em seguida com queda da saturação periférica e importante desconforto respiratório com abolição do murmúrio vesicular à esquerda, sendo instituído a toracostomia sob selo d'água à esquerda. Foram retirados aproximadamente 1,5 litros de líquido de aspecto hemático além da presença de escape aéreo, com posterior melhora da dispneia. Estabilizado clinicamente e hemodinamicamente, foram solicitados radiografia de tórax e de abdome que evidenciaram presença de alça intestinal na cavidade torácica à esquerda (Figura 1). Sendo então solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e TC de abdome que evidenciaram descontinuidade do tecido em cúpula diafragmática de aproximadamente 5 cm, com insinuação de alças intestinais em hemotórax esquerdo comprimindo pulmão esquerdo (Figura 2). Foi programada toracotomia exploradora com o objetivo de redução da hérnia diafragmática. Durante todo o intervalo o paciente manteve-se sem queixas e com trânsito intestinal preservado. Após 72 horas, radiografia de tórax de controle pré-operatório apresentava pulmão em hemitórax acometido expandido, sem sinais de massas ou conteúdo atípico em cavidade torácica (Figura 3). Optou-se por tratamento cirúrgico por via abdominal, para correção da lesão por meio de rafia mecânica. Ao inventário, encontrou-se lesão apenas da cúpula diafragmática de aproximadamente 5 cm sem sinais de sofrimento de alça.

Paciente evoluiu sem intercorrências, recebeu alta para retorno ambulatorial em 15 dias. Durante retorno, realizou-se retirada de pontos da incisão, manteve-se assintomático, ferida operatória com boa cicatrização e apresentando expansibilidade torácica preservada, sem alterações na ausculta respiratória bem como no trânsito intestinal.

DISCUSSÃO

As lesões diafragmáticas são um desafio diagnóstico que se baseia no mecanismo do trauma, tanto para ferimentos contusos quanto para penetrantes⁽¹¹⁾. Pacientes com ferimentos penetrantes na transição tóracoabdominal, mesmo que assintomáticos devem ser investigados para exclusão de HDT⁽¹²⁾. Cerca de 20-40% dos traumatismos penetrantes em transição toracoabdominal tem lesão diafragmática⁽¹³⁾, sendo o lado esquerdo o mais acometido 80-90% dos casos^(15, 14, 16), como no caso descrito.

Grimes descreveu em 1974 pela primeira vez, a evolução de LDT em três fases e suas apresentações. Fase aguda: se inicia com o trauma e termina com a recuperação das outras lesões concomitantes; fase latente: ocorre quando o conteúdo intra-abdominal atravessa para o tórax, e pode acontecer de horas a semanas após a lesão; fase obstrutiva: ocorre de meses a anos após a lesão, com obstrução ou estrangulamento⁽¹⁷⁾.

O manejo inicial destes pacientes deve seguir o protocolo de trauma, em geral com utilização de técnicas de ressuscitação, devido a outras lesões traumáticas associadas⁽¹⁸⁾. O paciente do caso apresentou, na admissão, clínica compatível com hemo/pneumotórax, que ocorre em 38 a 59% dos casos de hérnia diafragmática⁽¹¹⁾, além de manifestações típicas de HDT, como ruído hidroaéreo em hemitórax esquerdo. Os sintomas mais comuns segundo um estudo Indiano são desconforto torácico, dor abdominal, dispneia e vômitos⁽¹⁹⁾. Ao exame clínico podemos verificar a diminuição do murmúrio vesicular em 90% dos casos, ruídos hidroaéreos no tórax em 52,4%, taquipneia em 66,7%⁽¹⁹⁾.

Após a toracostomia sob selo d'água do hemotórax, prosseguiu-se a investigação com radiografia. O raio-x é o exame complementar inicial tradicionalmente realizado, devido ao baixo custo e acessibilidade, e demonstra alterações em pelo menos 40% dos doentes⁽²⁰⁾, sendo que a acurácia para lesões do lado esquerdo é quase quatro vezes maior do que o lado direito⁽²¹⁾. Os exames de imagens podem ser normais em 36-67% dos casos^(9, 22).

Os sinais mais fortes de LDT são tubo nasogástrico visível em tórax, deslocamento do fígado e alças intestinais no tórax; sinais mais fracos são irregularidade da linha diafragmática, atelectasia de lobos inferiores e deslocamento do mediastino⁽¹⁸⁾. As imagens radiológicas do paciente acompanhado evidenciaram presença de alça intestinal acima da cúpula diafragmática esquerda (Figura 1), confirmando o diagnóstico. Neste interim o paciente se manteve estável, procedeu-se então com a realização de uma TC de tórax, que também evidenciou alças intestinais em região torácica determinando compressão/atelectasia do pulmão esquerdo (Figura 2). A tomografia pode evidenciar alterações sugestivas de lesão diafragmática e herniação em 57,1% dos pacientes⁽¹⁴⁾.

A equipe de cirurgiões optou pelo tratamento cirúrgico eletivo, por se tratar de um paciente jovem, sem comorbidades e sem sinais que justificassem uma abordagem em caráter de emergência. Foi então, realizado nova radiografia de tórax para avaliar dimensões e características da hérnia, após as 72h de evolução. Entretanto, o novo raio-x de tórax revelou uma evolução atípica, com a redução espontânea das alças intestinais (Figura 3). Em um estudo experimental realizado em ratos, foram provocadas lesões no diafragma esquerdo dos animais, e após um período de 21 dias houve o sacrifício dos mesmos sendo que, na necropsia, 65% apresentaram hérnia diafragmática, 22,5% lesão diafragmática sem herniação e 12,5% cicatrização espontânea⁽²³⁾.

A cirurgia em casos de LDT, pode ser diagnóstica ou terapêutica, e pode-se optar por procedimento aberto ou minimamente invasivo tanto pela via abdominal quanto torácica, sendo que a escolha depende majoritariamente da experiência da equipe cirúrgica⁽¹⁸⁾. No tratamento cirúrgico da HDT, a abordagem abdominal é a mais comum, representado 65% dos casos e torácica 23%⁽²⁴⁾. A abordagem realizada no paciente foi abdominal, devido a maior expertise da equipe de cirurgia geral nessa via.

Portanto, conclui-se que o diagnóstico precoce da HDT em pacientes vítimas de FAB associada a uma adequada avaliação quanto ao tipo de tratamento a ser instituído, são essenciais para um bom desfecho do caso. Evita-se assim

complicações ao paciente e custos desnecessários ao sistema de saúde.

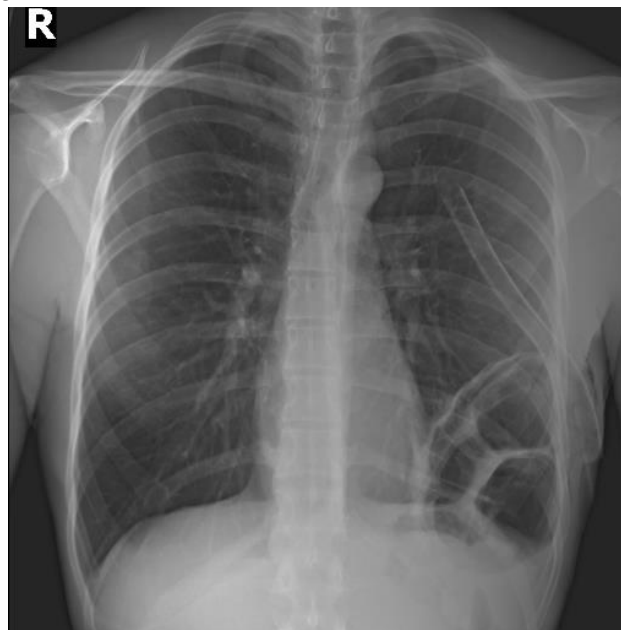


Figura 1 - Radiografia de tórax da admissão.

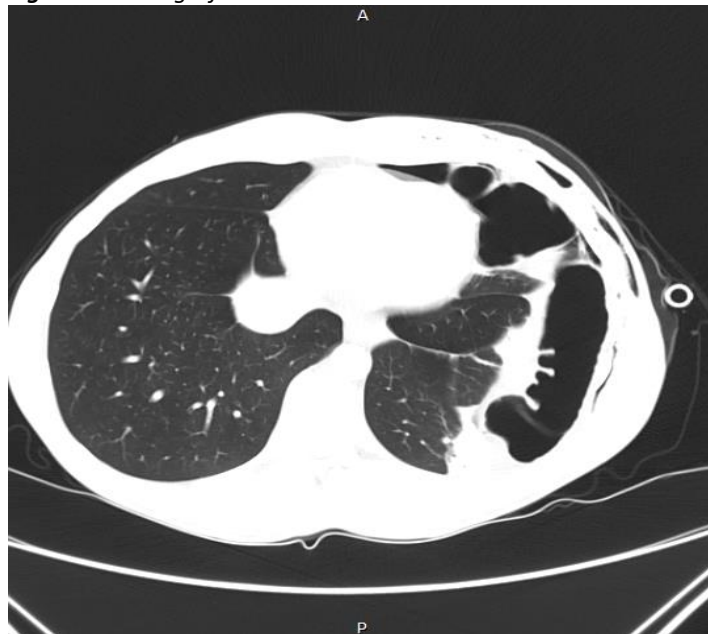


Figura 2 - Tomografia de tórax na admissão.



Figura 3- Radiografia de tórax após 72hda admissão.

CONCLUSÃO

Conclui-se com este trabalho o quão importante é o correto exame clínico, além de uma conduta acertada, pautada em ditames éticos e protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

- Pereira Júnior GA. Hérnia diafragmática traumática. R Col Bra Cirur. 2001, 28(5), 375-382.
- Zeni Neto C. Hérnia diafragmática. In: Freire E, editor. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001. p.2339-52.
- Alves JY, Teshirogi E. Hérnia Diafragmática Traumática: Diagnóstico E Conduta. R Fac Ciên Méd Sorocaba. 2007, 9(4), 1-6.
- Ramos CT, Koplewitz BZ, Babyn OS, Manson OS, Ein SH. What have we learned about traumatic diaphragmatic hernias in children? J Pediatr Surg. 1995; 60:1444-9.
- Reber PU, Schmied B, Seiler CA, Baer HU, Patel AG, Buchler MW. Missed diaphragmatic injuries and their longterm sequelae. Jtrauma.1998;44(1):183-8.
- Meyers BF, McCabe CJ. Traumatic diaphragmatic hernia; occult marker of serious injury. Ann Surg. 1993; 218(6):783-90.
- Adegboye VO, Ladipo JK, Adebo AO, Brimmo AI. Diaphragmatic injuries. AfrJMedSci.2002;31(2):149-53.
- Lenot B, Bellenot F, Regnard JF, Darteville PH, Rojas-Miranda A, Levasseur PH: Les ruptures du diaphragme de révélation tardive. Ann Chir: Chir thorac cardio- -vasc 1990;44(2):157-60.
- Schackleton KL, Stewart ET, Taylor AJ. Traumatic diaphragmatic injuries: spectrum of radiographic findings. Radiographics. 1998
- Cameron EW, Mirvis SE: Ruptured hemidiaphragm: unusual late presentation. J Emerg Med 1996;14(1):53-8.
- Nagy KK, Barrett JA. Diaphragm. In Rao R. Ivatury/ C. Gene Cayten: The textbook of penetrating trauma. 1ª edição. Williams & Wilkins, USA, Cap. 45, 1996.
- Asencio JA, Demetriades D, Rodrigues A. Injury to the diaphragm. In: Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV, editores. Trauma. 4th New York: McGraw-Hill; 2000.
- Zantut LF, Ivatury RR, Smith RS, Kawahara NT, Porter JM, Fry WR, et al. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma: a multicenter experience. J Trauma. 1997.
- Lim BL, et al. "Traumatic diaphragmatic injuries: a retrospective review of a 12-year experience at a tertiary trauma centre" Singapore Med J. 2017, vol. 58(10): 595-600.
- Davis JW, Eghbalieh B. Injury to the diaphragm. In: Feliciano D, Mattox K, Moore E (Eds) Trauma 6th Ed. McGraw Hill, New York 2008; 623-35.
- Radjou AN, Balliga DK, Uthrapathy M, Pal R, Mahajan P. Injury to the diaphragm: Our experience in Union Head quarters Hospital. Int J Crit Illn Inj Sci. 2013;3(4):256-261.
- Grimes O. Traumatic injuries of the diaphragm. Am J Surg 1974;128:175-81.
- Morgan B, Watcyn-Jones T, Garner, J. Traumatic Diaphragmatic Injury. J Royal Army Med C. 2010, 156(3), 139-144.
- Gaine FA, Lone GN, Chowdhary MA, Lone H. The Etiology, Associated Injuries and Clinical Presentation of Post Traumatic Diaphragmatic Hernia. Bull Emerg Trauma. 2013;1(2):76-80.
- JOHNSON CD: Blunt injuries of the diaphragm. Br J Surg 1988;75:226-30.
- Mihos P, Potaris K, Gakidis J, et al. Traumatic rupture of the diaphragm: experience with 65 patients. Injury 2003; 34:169-72.
- Feliciano DV, Cruse PA, Mattox KL, Bitondo CG, Burch JM, Noon GP, Beall Jr AC. Delayed diagnosis of injuries to the diaphragm after penetrating wounds. J Trauma 1988.
- Gonçalves R. Análise da evolução natural das feridas perfurocortantes equivalentes a 30% do diafragma esquerdo. Estudo experimental em ratos [dissertação]. São Paulo: Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas; 2008.
- Silva GP, Cataneo DC, Cataneo JM. Thoracotomy compared to laparotomy in the traumatic diaphragmatic hernia. Systematic review and proportional methanalysis. Acta Cir. Bras. 2018, Jan; 33(1): 49-66.

RELATO DE CASO

HÉRNIA DE AMYAND COM INSINUAÇÃO VESICAL: RELATO DE CASO

AMYAND HERNIA WITH BLADDER INSINUATION: CASE REPORT

Bruno Barreto Figueiredo Soares¹, Thállisso Martins da Silva Rodrigues², Fabiola Nassar Sousa Frazão², Gizele de Oliveira Santos Silva³, Vinicius Pereira Aguiar¹, Benito Junior Santos da Costa¹, Artur Serra Neto⁴.



Citação: Soares BBF et al. (2019), HÉRNIA DE AMYAND COM INSINUAÇÃO VESICAL: RELATO DE CASO, 6(3): 34-36.

Instituição:

¹ Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

² Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

³ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, Maranhão, Brasil.

⁴ Professor Mestre em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Maranhão, Chefe do Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente:

Bruno Barreto Figueiredo Soares
dr.bruno_barreto@hotmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Soares et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: Uma hérnia inguinal pode conter em seu saco herniário diversas estruturas, como a bexiga, ovário, tuba uterina, cólon ou ainda o apêndice, condição conhecida como hérnia de Amyand. A existência do apêndice na hérnia é um achado incomum (1%). A bexiga é um dos órgãos que também, de modo infrequente, pode sofrer protrusão pelo canal inguinal. **Relato do Caso:** Homem de 82 anos, com queixa principal de "dor na virilha há um ano", relata episódios de dor e abaulamento em região inguinal direita há um ano, com piora durante episódios de tosse ou esforços físicos. Ao exame físico, o abdome apresentava-se plano, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, presença de abaulamento em região inguinal direita, redutível, compatível com hérnia inguinal indireta à direita. Exames laboratoriais se encontravam dentro dos limites da normalidade. No ato operatório, o paciente foi submetido à inguinotomia, sendo identificado o saco herniário que continha apêndice cecal e a parede da bexiga. Foi realizada apendicectomia e correção da hérnia a partir de fixação de tela de polipropileno pela técnica de Lichtenstein. Evoluiu em internação até o segundo dia de pós-operatório sem queixas, recebendo alta hospitalar. **Considerações Finais:** Ambos os conteúdos herniários encontrados são raros. São mais frequentes em homens, na fossa ilíaca direita e costumam ser diagnosticados no ato operatório. A hérnia de Amyand apresenta a associação da hernioplastia e apendicectomia, procedimentos rotineiros e importantes da cirurgia geral, e sempre será um tópico importante de discussão entre cirurgiões.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia inguinal; Amyand; Apendicectomia; Herniorrafia.

ABSTRACT

Introduction: An inguinal hernia can contain the bladder, ovary, uterine tube, colon with diverticulitis, or the appendix, known as the Amyand hernia. The existence of the appendix in the hernia is an uncommon finding (1%). The bladder is one of the organs that also, infrequently, may be protruding through the inguinal canal. **Case Report:** An 82-year-old man with a major complaint of "groin pain one year ago" reported episodes of pain and bulging in the right inguinal region a year ago, worsening during episodes of coughing or straining. At physical examination, the abdomen was flat, with airflow sounds present, flaccid, depressible, painless to superficial and deep palpation, without visceromegaly, presence of bulging in the right inguinal region, reducible, compatible with right inguinal hernia. Laboratory tests were within the limits of normality. In the operative procedure, the patient underwent inguinoscopy, the hernial sac containing the cecal appendix and the bladder wall were identified. An appendectomy and correction of the hernia were performed from polypropylene mesh fixation by the Lichtenstein technique. He went into hospital until the second postoperative day without complaints about discharge. **Final Considerations:** Both hernia contents found are rare, more frequent in men, in the right iliac fossa and, for the most part, are usually diagnosed at the time of surgery. Amyand hernia connect hernioplasty and appendectomy (routine general surgery procedures), but not least, will always make it an important topic of discussion among surgeons.

KEY-WORDS: Inguinal hernia; Amyand; Appendectomy; Herniorrhaphy.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Amyand é caracterizada pela presença do apêndice cecal no interior do saco herniário inguinal, podendo estar ele normal, inflamado, infectado ou perfurado. Dentre os casos de hérnia, a incidência de hérnia de Amyand apresenta variação de 0,9 a 1,7% e torna-se ainda mais rara (0,1%) em casos com apendicite aguda.^{1, 2, 3} A apendicite na hérnia de Amyand ocorre devido à isquemia cecal provocada pela compressão extraluminal causada pelo anel herniário, essa condição pode imitar a apendicite ou a hérnia inguinal complicada.⁴ Claudius Amyand descreveu pela primeira vez, no ano de 1735, um achado de hérnia inguinal contendo um apêndice cecal perfurado, o caso foi observado em um menino de 11 anos de idade.⁵

A decisão diagnóstica final acerca de se realizar cirurgia ou não apresenta empecilhos devido à semiologia complicada. Diante disso, o diagnóstico clínico pré-operatório apresenta um nível de dificuldade exacerbado, sendo necessários métodos de diagnóstico por imagem como a ultrassonografia ou tomografia computadorizada para um direcionamento mais claro.⁶ O apêndice encarcerado ou apendicite, por exemplo, é muitas vezes diagnosticada como uma hérnia estrangulada.⁷ Alguns achados cirúrgicos incomuns podem ser observados durante o procedimento, a exemplo do apêndice cecal contido no saco herniário de maneira total ou parcial, alinhado ou curvo, apresentando inflamação ou não, podendo ainda estar aderido às paredes do saco herniário em alguns casos.

Regularmente, o diagnóstico de Amyand é realizado no intraoperatório e a abordagem ideal de condução cirúrgica ainda é discutível, a literatura não traz uma abordagem ampla sobre o assunto, o que dificulta um consenso sobre a melhor conduta a se tomar frente esses casos.⁷

É imprescindível que cirurgiões estejam capacitados para identificar casos de hérnia de Amyand. Assim, conhecida a importância da segura abordagem a ser tomada, descreve-se um relato de caso de uma hérnia de Amyand inguinal indireta à direita.

RELATO DO CASO

Paciente de sexo masculino, 82 anos, com queixa principal de “dor na virilha há um ano”, relata ocorrência de dores moderadas e abaulamento em região inguinal direita há um ano, com piora durante episódios de tosse ou esforço físico. Hipertenso em tratamento há 20 anos, possui história de estenose de uretra, correção de catarata, uretrotomia e endarterectomia. Ao exame físico, o abdome se apresentava plano, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, com presença de abaulamento em região inguinal direita, redutível, compatível com hérnia inguinal indireta à direita. Exames laboratoriais se encontravam dentro os limites da normalidade. No ato operatório, o paciente foi submetido à inguinotomia a Davis, identificando-se o saco herniário que, bem aderido à túnica vaginal, encontrava-se lateral aos vasos

epigástricos inferiores e continha apêndice cecal (Figura 1) e a parede da bexiga.

Foi realizada a ligadura e secção do apêndice cecal, restabelecimento da bexiga e correção da hérnia a partir de fixação de tela de polipropileno pela técnica de Lichtenstein. O achado do estudo histopatológico foi compatível com apêndice cecal não inflamatório. Evoluiu em internação até o segundo dia de pós-operatório sem queixas, recebendo alta hospitalar.

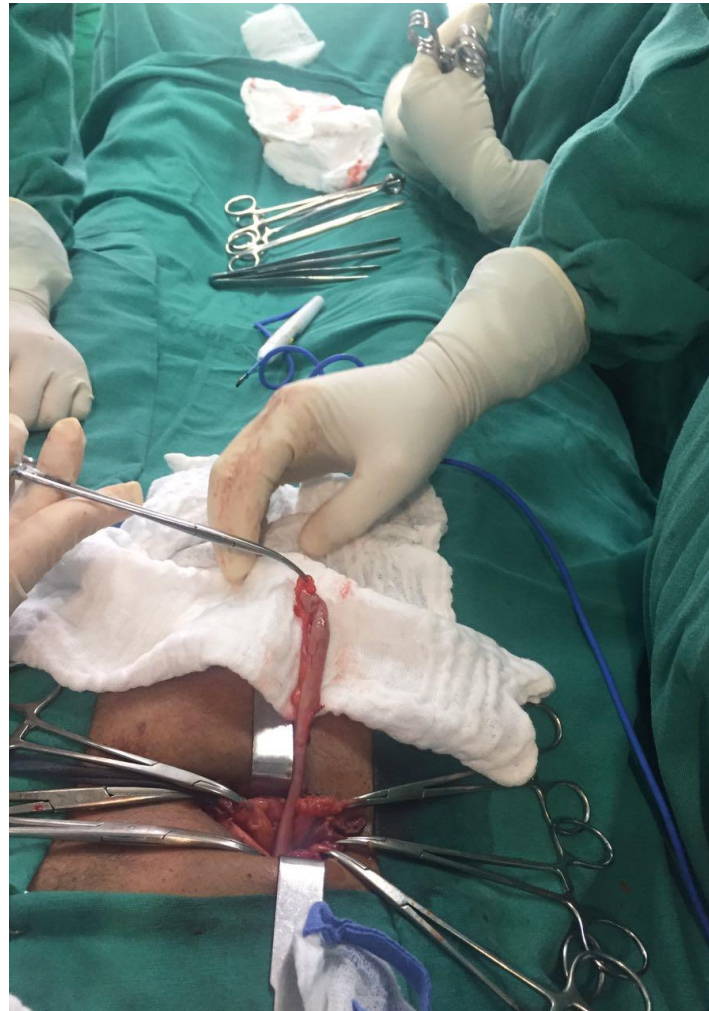


Figura 1. Apêndice cecal no interior do saco herniário.

DISCUSSÃO

As manifestações clínicas da hérnia de Amyand podem ser similares ao quadro de apendicite, como dor epigástrica e/ou periumbilical, que podem irradiar para a fossa ilíaca direita. A dor é caracteristicamente em cólica. Presença de febre, leucocitose e desvio para a esquerda no leucograma não são constantes. Diante de uma hérnia inguinal direita encarcerada essas manifestações tornam o diagnóstico pré-operatório adequado complicado, devido o fator de confundimento com apendicite.⁸

Losanoff e Basson⁹ propuseram uma classificação em 4 tipos de hérnia de Amyand, em que desenvolvem o tratamento para cada tipo de apresentação: Tipo 1: apêndice

normal dentro de uma hérnia inguinal. O tratamento cirúrgico indicado é redução da hérnia, reparo com tela e apendicectomia; Tipo 2: apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal, sem sepse abdominal. O tratamento cirúrgico consiste em apendicectomia através da hérnia e reparo sem tela; Tipo 3: apendicite aguda dentro da hérnia inguinal, sepse presente. O tratamento cirúrgico indicado é laparotomia, apendicectomia e reparo primário da hérnia sem tela; Tipo 4: apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal, relacionado com doença abdominal.

O tratamento cirúrgico para hérnia de Amyand deve ser feito de acordo com os tipos 1 a 3. Em relação à doença abdominal, é essencial investigar a etiologia e só desta maneira determinar o tratamento cirúrgico adequado.⁹ Fernando e Leelaratna, por sua vez, propuseram uma classificação que não associava o tratamento, caindo em desuso¹⁰. No caso apresentado, o saco herniário continha o apêndice cecal normal e sem sinais de inflamação, indo de encontro à ausência de apendicite sugerida pelas manifestações clínicas discretas do paciente no pré-operatório. Assim, a conduta cirúrgica foi condizente com as principais literaturas da área e com a classificação de Losanoff e Basson.

A ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada pré-operatórias são os testes radiológicos mais úteis para o diagnóstico; no entanto, eles não são rotineiramente realizados, sendo a maioria dos casos de hérnia de Amyand diagnosticados no intraoperatório¹¹. Casos de um abdome agudo, por exemplo, poderia levar a solicitação no pré-operatório de uma ecografia ou TC de abdômen, o que poderia permitir o correto diagnóstico antes do ato operatório. O caso apresentado teve como diagnóstico pré-operatório hérnia inguinal indireta direita extensa, durante o procedimento cirúrgico o diagnóstico de Amyand foi realizado. A realização de TC apenas para diagnosticar a hérnia de Amyand é considerada excessiva.

No caso de um apêndice normal encontrado no saco herniário, a realização de apendicectomia profilática não é realizada por todos os autores⁸. Alguns relatam que a apendicectomia aumenta o risco de infecção tanto superficial quanto profunda, essa última podendo contribuir para a recorrência da hérnia. Acrescentam, também, que a manipulação cirúrgica para obter a visualização do apêndice completo amplia o defeito herniário, aumentando a possibilidade de recorrência e enfraquecendo as estruturas anatômicas ao redor do defeito¹². Porém, habitualmente, o tratamento segue os critérios de Losanoff e Basson como exposto anteriormente⁸.

A técnica utilizada na hernioplastia foi a de Lichtenstein, padrão-ouro na cirurgia das hérnias inguinais, permitindo fixação da tela de polipropileno, ausência de tensão na linha de sutura, baixo índice de recidiva e alta hospitalar precoce.

Destarte, a hérnia de Amyand traz à luz a associação da hernioplastia e apendicectomia, procedimentos que são frequentes e muito importantes para a cirurgia geral, neste caso específico com a presença de um componente vesical, mostrando ser um tema sempre entusiástico entre os cirurgiões.

CONCLUSÃO

Conclui-se com este trabalho o quão importante é o correto exame clínico, além de uma conduta acertada, pautada em ditames éticos e protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. House MG, Goldin SB, Chen H: Perforated Amyand's hernia. *South Med J*. 2001 May;94(5): 496–98. PMID: 11372799.
2. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A: Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia*. 2003 Jan.;7: 89-91. <https://doi.org/10.1007/s10029-002-0098-5>.
3. Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a review. *Am J Surg*. 2014 June;207(6): 989-995. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.07.043>
4. Desai G, Suhani, Pande P, Thomas S. Amyand's hernia: our experience and review of literature. *Arq Bras Cir Dig* 2017 Oct./Dec.;30(4): 287-288. <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700040014>.
5. Amyand C. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci incrusted with stone; and some observations on wounds in the guts. *Philos Trans R Soc Lond*. 1736.
6. Cunha CMQ, Gomes JWF, Neto MFC, et al. Hérnia de Amyand à esquerda: abordagem e propedêutica. *Relatos Casos Cir*. 2018;4(3):e1904. <https://doi.org/10.30928/2527-2039e-20181904>.
7. Ivashchuk G, Cesmebasi A, Sorenson EP, et al. Amyand's hernia: A review. *Med Sci Monit*. 2014 Jan;20: 140-146. <https://doi.org/10.12659/MSM.889873>.
8. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, et al. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patents over a 15-year period. *Hernia*. 2007;11(1): 31.
9. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: What lies beneath—a proposed classification scheme to determine management. *Am Surg*. 2007 Dec;73(12): 1288-1290.
10. Fernando J, Leelaratna S. Amyand's hernia. *Caylon Med J*. 2002 June;47(2).
11. Singal R, Gupta S. "Amyand's Hernia" – Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment. *J Clin Med*. 2011 Oct;6(4): 321-327. PMID: 22879848.
12. Milanchi S, Allins AD. Amyand's hernia: history, imaging, and management. *Hernia*. 2008 Jun;12(3): 321-322. <https://doi.org/10.1007/s10029-007-0304-6>.

ARTIGO ORIGINAL

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE MORTES POR SUICÍDIO NO ESTADO DO TOCANTINS

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF SUICIDE DEATHS IN THE STATE OF TOCANTINS

Lucas Pereira Lima¹; Tatiane Pires de Oliveira¹; Renata dos Santos Oliveira¹; Iula Melania Maciel Rossoni².



Citação: Lima LP et al. (2019), ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE MORTES POR SUICÍDIO NO ESTADO DO TOCANTINS, 6(3): 37-40.

Instituição:

¹ Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas, Tocantins, Brasil.

² Residente em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

Autor correspondente:

Lucas Pereira Lima
tatip995@gmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Lima et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: O suicídio figura entre as três principais causas de morte daqueles com faixa etária entre 15 a 44 anos de idade. Em Palmas, capital do estado do Tocantins, no primeiro semestre de 2007 as causas externas foram responsáveis pelo maior número de óbitos na cidade. E, dentre essas causas, o suicídio ocupou o segundo lugar, sendo superado unicamente pelos acidentes de trânsito. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, quantitativo e descritivo dos óbitos por suicídio no estado do Tocantins entre os anos de 2010-2017, considerando a distribuição de tais mortes segundo sexo, raça, escolaridade, faixa etária, estado civil e método usado. **Resultados:** Entre os anos de 2010 a 2017 foram notificados 767 mortes por suicídio no estado do Tocantins, correspondendo a 7,1% das mortes por causas externas no mesmo período nesse estado. A distribuição de óbitos segundo a faixa etária concentrou-se na população de adultos jovens, a qual representou 47,2% dos óbitos. Entres os métodos utilizados pelos indivíduos houve predominância entre métodos asfixiantes (60,1%), arma de fogo (7,82%) e uso de pesticidas (7,56%). **Discussão:** A análise realizada encontrou predomínio dos óbitos por suicídio no sexo masculino. Segundo a literatura, os homens tendem a escolher métodos mais letais como enforcamento e envenenamento, os quais apresentam maior efetividade. Em relação aos métodos utilizados para a prática de tal intento nota-se predominância entre os asfixiantes, arma de fogo e uso de pesticidas. A distribuição entre os três métodos utilizados vai ao encontro de outros estudos realizados em localidades com predomínio da agricultura como fonte de renda, uma vez que tais localidades dispõem de acesso facilitado a meios para o suicídio como cordas para o enforcamento, armas de fogo e pesticidas. **Conclusão:** Estudos epidemiológicos como este são válidos na orientação do desenvolvimento de estratégias de prevenção ao suicídio.

Palavras-chave: Suicídio; Epidemiologia; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is among the three leading causes of death for those aged 15-44 years. In Palmas, capital of the state of Tocantins, in the first half of 2007 external causes were responsible for the highest number of deaths in the city. And among these causes, suicide ranked second, being surpassed only by traffic accidents. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative and descriptive epidemiological study of deaths by suicide in the state of Tocantins between 2010-2017, considering the distribution of such deaths according to gender, race, education, age, marital status and method used. **Results:** Between 2010 and 2017, 767 suicide deaths were reported in the state of Tocantins, corresponding to 7.1% of deaths from external causes in the same period in the state. The distribution of deaths according to age group was highest in the young adult population, which represented 47.2% of deaths. Among the methods used, there was a predominance between asphyxiating methods (60.1%), firearm (7.82%) and pesticide use (7.56%). **Discussion:** The analysis found a predominance of deaths by suicide in males. According to literature, men tend to choose more lethal methods such as hanging and poisoning, which are more effective. Regarding the methods used, there is a predominance among asphyxiation, firearms and pesticide use. The distribution among the three methods used is in line with other studies conducted in localities with predominance of agriculture as a source of income, since these locations have easy access to ropes, firearms and pesticides. **Conclusion:** Epidemiological studies such as this one are valid in guiding the development of suicide prevention strategies.

Keywords: Suicide; Epidemiology; Mental Health.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um ato consciente de autoaniquilamento, experimentado por indivíduos em situação de vulnerabilidade, que o percebe como única solução viável para libertar –se de uma dor psicológica. É categorizado como violência e agressividade, sendo caracterizado como “causa externa” na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID)¹.

Tal ação, figura entre as três principais causas de morte daqueles com faixa etária entre 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), o autoextermínio é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes)².

Em Palmas, capital do estado do Tocantins, no primeiro semestre de 2007 as causas externas foram responsáveis pelo maior número de óbitos na cidade. E, dentre essas causas, o suicídio ocupou o segundo lugar, sendo superado unicamente pelos acidentes de trânsito³.

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas integra a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) desde 2011, quando a notificação passou a ser universal para todos os serviços de saúde públicos e privados do país. A violência autoprovocada compreende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio em pessoas dos sexos feminino e masculino, cujo desfecho não resulta em óbito. A notificação tem por objetivo vinculá-las aos serviços de saúde, como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências⁴.

OBJETIVOS

Analisar os aspectos epidemiológicos das mortes por suicídio no estado do Tocantins, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, quantitativo e descritivo dos óbitos por suicídio no estado do Tocantins entre os anos de 2010-2017, considerando a distribuição de tais mortes segundo sexo, raça, escolaridade, faixa etária, estado civil e método usado para praticar tal ato. A coleta de dados foi realizada no período de 01 a 07 de abril de 2019, sendo revisados em 20 de junho de 2019.

Os dados utilizados foram extraídos do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), publicados pelo DATASUS, disponíveis na página online do Ministério da Saúde. Os dados foram coletados a partir de planilhas eletrônicas geradas pelo sistema através do programa TabWin32 versão 3.6b e exportados para os programas Microsoft excel 2013 que permitiu a análise estatística descritiva do estudo. Na análise do número de suicídios entre os anos de 2010 e 2017, utilizou-se a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), compreendendo as seguintes categorias:

X60 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos;

X61 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte;

X62 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte;

X63 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo;

X64 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas;

X65 - Auto-intoxicação voluntária por álcool;

X66 - Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores;

X67 - Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores;

X68 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas;

X69 - Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas;

X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação;

X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão;

X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão;

X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre;

X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;

X75 - Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos;

X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas;

X77 - Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes;

X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante;

X79 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente;

X80 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado;

X81 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento;

X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor;

X83 - Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados;

X84 - Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados;

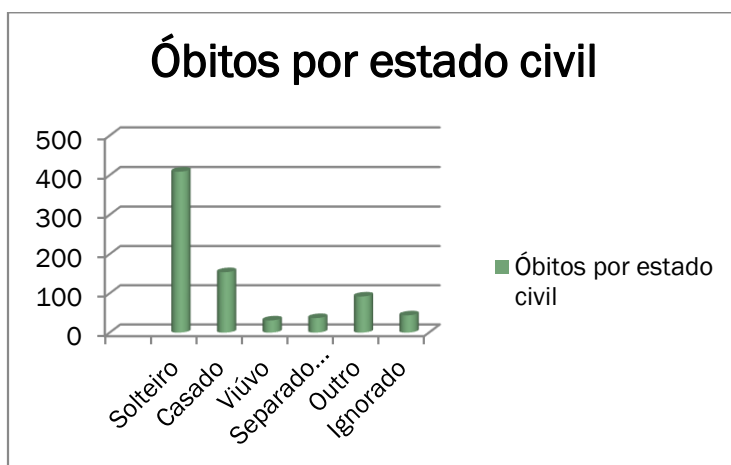
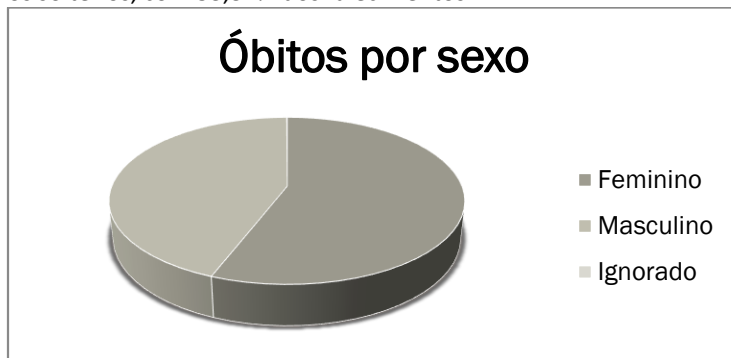
Y870 - Sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente;

Devido ao presente trabalho ter sido completamente elaborado de dados secundários não houve a necessidade de aprovação pelo comitê de ética.

Mediante os dados epidemiológicos disponíveis, nota-se predomínio de óbitos por autolesão entre o sexo masculino, o qual correspondeu à 78,9% dos casos em contraposição a 20,9% dos casos em mulheres. Na distribuição de acordo com estado civil houve predominância de mortes por suicídio entre os solteiros, com 53,32% dos falecimentos.

RESULTADOS

Entre os anos de 2010 a 2017 foram notificados 767 mortes por suicídio no estado do Tocantins, correspondendo a 7,1% das mortes por causas externas no mesmo período nesse estado. O número de óbitos mostrou-se ascendente de acordo com a progressão cronológica, como mostra o gráfico 1.



A distribuição de óbitos segundo a faixa etária concentrou-se na população de adultos jovens, a qual representou 47,2% dos óbitos. Quanto a escolaridade, na maioria dos casos, a informação foi ignorada, predominando em segunda instância as lesões autoprovocadas em indivíduos que possuíam de 4 a 7 anos de escolaridade.

Entres os métodos utilizados pelos indivíduos houve predominância entre métodos asfixiantes (60,1%), arma de fogo (7,82%) e uso de pesticidas (7,56%). Os municípios que apresentaram maior números de casos foram também aqueles com maior número de habitantes, sendo eles Palmas, Araguaína e Gurupi.

| Faixa etária em anos | Número de óbitos |
|----------------------|------------------|
| 10 – 14 | 14 |
| 15 – 19 | 63 |
| 20 – 29 | 196 |
| 30 – 39 | 166 |
| 40 – 49 | 121 |
| 50 – 59 | 87 |
| 60 – 69 | 59 |
| 70 – 79 | 42 |
| 80 anos e mais | 16 |
| Idade ignorada | 3 |

| Meio utilizado | Número de óbitos |
|--|------------------|
| Enforcamento / estrangulamento / sufocamento | 530 |
| Arma de fogo | 60 |
| Intoxicação por pesticidas | 58 |
| Intoxicação por outros produtos químicos | 25 |
| Intoxicação por fumaça / chamas | 12 |
| Outros métodos | 82 |

DISCUSSÃO

Os suicídios têm se apresentado como um problema de saúde pública, tornando fundamental o conhecimento a cerca das variáveis envolvidas em tal fenômeno, o que auxilia na melhor compreensão dessa realidade⁵.

A análise realizada encontrou predomínio dos óbitos por suicídio no sexo masculino, o que foi ao encontro das literaturas disponíveis. Tal fato foi amplamente estudado, sendo que a teoria atualmente aceita é de que as mulheres possuem maior comportamento suicida e que elas realizam mais tentativas que os homens, no entanto escolhem métodos menos invasivos como a auto intoxicação, sendo mais fácil a reversão dos casos. Enquanto os homens tendem a escolher métodos mais letais como enforcamento e envenenamento, os quais apresentam maior efetividade⁶.

Com relação ao estado civil, a literatura aponta um maior risco de suicídio entre os solteiros, viúvos e pessoas separadas⁷, pois é a população classificada com a maior vulnerabilidade a cometer suicídio⁴. Tal característica também foi verificada no estado do Tocantins. Ao contrário do esperado, os indivíduos casados foram o segundo estado civil com mais óbitos, o que pode ter sido casual e refletir apenas um determinado período ou estar associado a fatores de ordem socioeconômica. Situações de crise econômica e desemprego podem levar ao aumento do uso de álcool e drogas, problemas no relacionamento familiar e sintomas depressivos, o que poderia estar associado com a maior ocorrência de suicídio nesse grupo⁷.

A faixa etária que apresentou maior número de mortes autoprovocadas foi a de adultos jovens. Esses resultados vão ao encontro de dados de um inquérito de base populacional realizado em municípios brasileiros e de um estudo de coorte retrospectiva dos registros de tentativas de suicídio em boletins de ocorrência policial⁴.

Em relação aos métodos utilizados para a prática de tal intento nota-se predominância entre os asfixiantes, arma de fogo e uso de pesticidas. Percebe-se assim confluência com dados nacionais, os quais apontam os métodos asfixiantes como mais utilizados⁸. A distribuição entre os três métodos utilizados vai ao encontro de outros estudos realizados em localidades com predomínio da agricultura como fonte de renda, uma vez que tais localidades dispõem de acesso facilitado a meios para o suicídio como cordas para o enforcamento, armas de fogo e pesticidas⁹.

O conhecimento sobre as circunstâncias relacionadas ao suicídio em cada região são fundamentais para o planejamento de estratégias preventivas eficazes, que poderão envolver desde a restrição da comercialização de armas de fogo, pesticidas e medicamentos psicotrópicos, até o uso de barreiras físicas em locais de maior altura ou linhas férreas⁹.

CONCLUSÃO

A avaliação das características sociodemográficas das vítimas e das circunstâncias relacionadas às mortes por suicídio

em Palmas, no Tocantins, revelou o predomínio de homens jovens, solteiros que utilizaram asfixia como principal método para o suicídio.

Estudos epidemiológicos como este são válidos na orientação do desenvolvimento de estratégias de prevenção ao suicídio. Entre tais meios de realizar tal prevenção, encontra-se a realização de campanhas de conscientização da população sobre a identificação e auxílio a indivíduos em situação de risco.

REFERÊNCIAS

- 1- RIBEIRO, Nilva Maria et al. ANÁLISE DA TENDÊNCIA TEMPORAL DO SUICÍDIO E DE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO. **Texto & Contexto: Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.2-11, 3 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>.
- 2- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.231-236, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>.
- 3- SENA-FERREIRA, Neci et al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.115-126, jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2229>.
- 4- BRASIL. (2017). Ministério da Saúde. Suicídio: saber agir e prevenir; Boletim epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Retrieved from <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/sete-mbro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
- 5- BAPTISTA, Makilim Nunes; BORGES, Amanda. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 4, n. 22, p.425-431, dez. 2005. Trimestral.
- 6- SCHMITT, Ricardo et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.115-123, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082008000300007>.
- 7- VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.175-187, jan. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100020>.
- 8- MOREIRA, Roberta Magda Martins et al. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. **Sanare: Revista de políticas públicas**, Sobral, v. 16, n. 01, p.29-34, mar. 2017. Trimestral.
- 9- CARNEIRO, Fernanda Brandão Machado. Fatores sociodemográficos e circunstâncias relacionadas à morte por suicídio em Barbacena – MG, Brasil.. **Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 19-28, jul. 2019. ISSN 2595-8380. Disponível em: <<http://200.243.63.167/ojs/index.php/teste/article/view/38>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

RELATO DE CASO

ACESSO LIVRE

Citação: Leão CCA et al. (2019), SÍNDROME DE OGILVIE, UMA RARA COMPLICAÇÃO DO HIPOTIREOIDISMO: RELATO DE CASO, 6(3): 41-44.

Instituição:

1. Residentes do segundo ano de cirurgia geral do Hospital Geral de Goiânia, Goiânia, Goiás.
2. Chefe do serviço de cirurgia geral e do aparelho digestivo do Hospital Geral de Goiânia, Goiânia, Goiás.
3. Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás.
4. Preceptor do serviço de cirurgia geral e do aparelho digestivo do Hospital Geral de Goiânia, Goiânia, Goiás.

Autor correspondente:

Cássio César Arrais Leão
cassimba@gmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Leão et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

SÍNDROME DE OGILVIE, UMA RARA COMPLICAÇÃO DO HIPOTIREOIDISMO: RELATO DE CASO**OGILVIE SYNDROME, A RARE HYPOTHYROIDISM COMPLICATION: CASE REPORT**

Cássio César Arrais Leão¹, Matheus Suavinha Jayme¹, Heber Cardoso Wanderley², Mirley Galvão Pereira³, Roberto de Amorim Junior⁴.

RESUMO

A Síndrome de Ogilvie é uma entidade clínica rara relacionada principalmente a pacientes gravemente enfermos, geralmente internados em ambientes de terapia intensiva com comorbidades severas ou em pós-operatórios complicados. Possui uma variedade de etiologias descritas e uma delas é o hipotireoidismo. O diagnóstico é clínico-laboratorial e o tratamento pode envolver manejo cirúrgico. Em virtude dos poucos estudos já consagrados a respeito do tema, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico raro de Síndrome de Ogilvie por hipotireoidismo severo.

Palavras-chave: Síndrome de Ogilvie; Hipotireoidismo; Pseudo-Obstrução Colônica; Laparotomia; Colectomia.

ABSTRACT

The Ogilvie Syndrome is a rare entity mostly associated with serious injured patients, with severe diseases and in complicated post-operative management. It has some of described causes and one of them is the hypothyroidism. Diagnosis is made by clinic and laboratorial information and the treatment can involve surgery intervention. Once there are few studies of this subject in the literature, the objective of this paper is report a clinical case of a rare Ogilvie's Syndrome caused by severe hypothyroidism.

Key words: Ogilvie Syndrome; Hypothyroidism; Colonic Pseudo-Obstruction; Laparotomy; Colectomy.

INTRODUÇÃO

Síndrome de Ogilvie (SO) ou pseudo-obstrução colônica é caracterizada por uma dilatação aguda do cólon sem que haja fator mecânico obstrutivo causando-a^{1,2,5}. A prevalência é estimada em 1:1.000 com taxa de mortalidade de 8%³ e predispõe-se a ocorrer geralmente em pacientes idosos já com múltiplas comorbidades, em grandes queimados ou naqueles que foram submetidos a cirurgias de quadril, sepse prolongada, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio⁹. Entretanto, quando se discute a síndrome tendo como etiologia o hipotireoidismo, a literatura médica mostra-se insuficiente e repleta de incertezas.

O caso relatado trata-se de uma pseudo-obstrução colônica rara causada por hipotireoidismo severo de difícil diagnóstico, cujo tratamento perpassou por colectomia total e, posteriormente, por reposição de hormônio tireoidiano. Neste caso, é possível discutir sobre a apresentação sindrômica da doença e suas modalidades terapêuticas.

RELATO DO CASO

Homem de 48 anos, sem morbidades prévias, atendido no ambulatório de hepatologia do Hospital Geral de Goiânia, proveniente de outro serviço por suspeita diagnóstica de cirrose hepática. Na consulta, paciente referia quadro de distensão abdominal de início há 2 meses, associada a hiporexia e episódios de diarreia. Negou vômitos, dor abdominal, febre, icterícia, colúria e acolia fecal. Paciente apresentava-se sonolento ao exame, hipocorado e com fala arrastada. Abdomen estava distendido, hipertimpânico, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal e sinal de Piparote positivo. Os exames laboratoriais da admissão mostravam: ureia 29mg/dl, creatinina 0,99mg/dl, hemoglobina 9,2g/dl, contagem de leucócitos 7200, plaquetas 527000; sódio sérico 122mmol/l; potássio sérico 4,9mmol/l, TGO 47 U/l; TGP 14 U/l, albumina sérica 2,9g/dl.

A partir deste quadro clínico, o paciente foi encaminhado à internação em leito de enfermagem da cirurgia geral para investigação diagnóstica, apresentando queda do estado geral com comprometimento ventilatório por distensão abdominal e rebaixamento do nível de consciência, no segundo dia de internação. Diante disso, ele foi submetido à radiografia de abdome (Figura 1) que revelou imagem sugestiva de volvo de sigmoide, sendo indicada laparotomia exploradora no momento.

No ato operatório foi identificada dilatação importante de todo o cólon, sem ponto de obstrução mecânica, com diâmetro do ceco maior que 10 centímetros e sem dilatação de intestino delgado. Por conta do quadro de iminente rotura do ceco e devido à presença de múltiplas áreas sugestivas de sofrimento de alça intestinal, optou-se por realizar colectomia total e maturação de ileostomia terminal. (Figura 2).



Figura 1: Radiografia de abdome evidenciando dilatação colônica difusa e suspeita de volvo de sigmoide

O paciente evoluiu no pós-operatório com manutenção do quadro de distensão abdominal (íleo paralítico prolongado), ileostomia não funcionando e baixa aceitação da dieta via oral sendo, portanto, iniciada dieta parenteral. Ele manteve-se restrito ao leito, sonolento, apático, hipocorado e com fala arrastada. O paciente evoluiu novamente com desconforto respiratório e hipoxemia, sendo necessária ventilação mecânica invasiva e internação em leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Fez uso de inúmeros esquemas antimicrobianos por conta de sepse de foco pulmonar.



Figura 2: Peça cirúrgica: Cólon (intestino grosso), evidenciando dilatação difusa do órgão e do ceco, além de sinais de sofrimento isquêmico da parede intestinal.

No 15^a dia pós-operatório, diante da persistência do quadro arrastado de distensão abdominal (íleo paralítico), paciente foi submetido à tomografia de abdome (Figura 3), que evidenciou pneumoperitônio sendo, portanto, indicada nova abordagem cirúrgica. Foi realizada laparotomia exploradora sem achados de perfuração de vísceras ocas e realizado reforço da linha de sutura do coto retal.

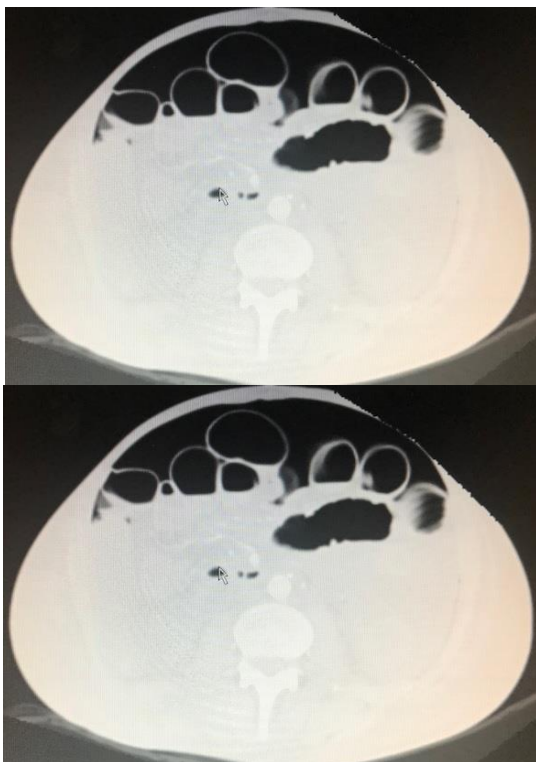


Figura 3: Tomografia de abdome evidenciando pneumoperitônio volumoso.

Diante do quadro arrastado de íleo paralítico, foi aventada a hipótese diagnóstica de hipotireoidismo e solicitada dosagem sérica de Hormônio Tireoestimulante (TSH) e Tiroxina (T4 livre). Feito diagnóstico de hipotireoidismo grave (TSH: 90 μ UI/ml / T4 livre: 0,01ng/dl), foi iniciado tratamento com reposição de levotiroxina na dose de 100mcg, via oral.

Após o início do tratamento do hipotireoidismo, paciente apresentou melhora do quadro de distensão abdominal e aumento do débito da ileostomia. Com melhora progressiva do quadro de apatia e sonolência, tornou-se mais ativo, responsivo e com aumento da ingestão de dieta via oral.

Recebeu alta hospitalar após 75 dias de internação hospitalar, 72º PO da colectomia total e 53º dia de tratamento do hipotireoidismo. Foi encaminhado ao ambulatório de endocrinologia, no qual faz acompanhamento e controle satisfatório dos níveis séricos dos hormônios tireoidianos. Além disso, acompanha ambulatorialmente com o serviço de cirurgia geral, com boa aceitação da dieta via oral e assintomático. Encontra-se, no momento, em pré-operatório para reconstrução do trânsito intestinal.

DISCUSSÃO

A pseudo-obstrução colônica é um termo utilizado para referir-se à distensão do intestino grosso na ausência de qualquer obstrução mecânica^{2,4,5,7,14,16}. Também é conhecida como Síndrome de Ogilvie, homenagem feita àquele que primeiro reportou a doença em 1948 a partir de dois casos clínicos de tumores retroperitoneais que invadem o plexo celíaco¹. Entretanto, a descrição feita na década de 40 não é mais comparável aos conceitos atuais².

A doença hoje geralmente é encontrada em paciente idosos, com múltiplas comorbidades, gravemente enfermos, grandes queimados e naqueles que sofreram traumas cirúrgicos importantes^{2,4,5,14,16}. Atualmente, encontram-se como causadoras da síndrome: cuidados pós-operatórios (23%), condições cardiovasculares (17.5%), desordens sistêmicas (15%), traumas (11%) e condições idiopáticas (20%)^{2,4}. O hipotireoidismo, por sua vez, entra nas estatísticas de desordens sistêmicas que ainda não possui porcentagem bem definida.

O mecanismo fisiopatológico ainda é pouco compreendido, porém acredita-se que seja multifatorial. Sabe-se, que existem pelo menos cinco níveis de regulação na motilidade intestinal: musculatura lisa colônica, marca-passo intestinal oriundo das células de Cajal, controle nervoso intrínseco (plexos submucosos), arcos neurológicos espinhais e modulação extrínseca nervosa e hormonal^{3,14}. Desde 1948 postula-se que existam um desbalanço entre os impulsos/estimuladores simpáticos e parassimpáticos intestinais, prevalecendo a ineficiência do último. Isso acarreta em excesso de estímulos simpáticos e leva à dismotilidade e obstrução funcional do órgão.^{1,2,4,14} Por esse motivo estudos com medicamentos acetilcolinérgicos (neostigmina) tiveram resultados positivos em reverter algumas situações de pseudoobstrução^{2,3,4,5,8,17}. Entretanto, quando a entidade é causada por hipotireoidismo, postula-se também uma atrofia difusa da parede colônica.

É sabido que o hipotireoidismo induz constipação, gastroparesia, lentificação motora intestinal e até urinária. Entretanto, o hipotireoidismo severo pode levar além disso: acarreta atrofia mucosa e muscular da parede intestinal que, juntamente com o desbalanço autonômico, leva à S.O.⁹

O painel de sintomas tende a ser o mais variado possível, porém ele enquadra-se no espectro clínico do hipotireoidismo. Encontra-se distensão abdominal, pele fria e pegajosa, constipação crônica, hipotensão, baixa voltagem no ECG, hipotensão, anemia, sonolência, confusão mental, náuseas, vômitos e hipotermia.^{8,13, 14, 15, 18}

A hipótese diagnóstica de SO deve ser aventada em pacientes com distensão abdominal, abdome hipertimpânico e dilatação colônica vista por exames de imagem. A confirmação é dada através dos mesmos. A colonoscopia, entretanto, deve ser desencorajada devido ao risco de perfuração colônica^{2,4,15,16}. Já para o diagnóstico de hipotireoidismo é necessária a dosagem hormonal do T4 livre e do TSH, observando-se baixas concentrações séricas do primeiro e altas concentrações séricas do segundo. Outras causas de distensão abdominal devem ser excluídas e complicações devem ser avaliadas através de exames laboratoriais, incluindo hemograma, dosagem de eletrólitos e níveis séricos de lactato, já que alterações eletrolíticas e metabólicas como hipocalcemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, ocorrem em mais de 50% dos pacientes⁷. Portanto, fica claro que o hipotireoidismo tende a ser um diagnóstico de exclusão, porém não deve ser desprezado frente à pseudo-obstrução intestinal colônica.

O tratamento, baseia-se, essencialmente, na decompressão colônica, uma vez que a dilatação do órgão pode provocar isquemia seguida por perfuração espontânea da parede cecal, cujo risco é de 3%¹⁵, culminando em agravamento

do quadro clínico⁹. Nesse sentido, há quatro modalidades terapêuticas descritas: a cecostomia, a descompressão colônica por colonoscopia com inserção de sonda intestinal via retal, o uso de neostigmina e, por último, o tratamento cirúrgico^{9,15,17}. Deve ser lembrado que sem a reposição do hormônio tireoidiano os tratamentos preconizados citados acima serão de pouco valor, pois haverá manutenção do quadro clínico de base.^{10, 11, 12}

No caso relatado, diferentemente do que é preconizado, o primeiro tratamento instituído foi a laparotomia exploradora devido à intensa distensão abdominal e piora do estado clínico do paciente. A colectomia total foi realizada em virtude da forte suspeita de sofrimento da parede intestinal colônica e do risco iminente de rotura do ceco, o qual apresentava diâmetro maior do que 10 cm. Entretanto, esta não deve ser a primeira opção caso haja tempo hábil para investigação clínica, haja vista que a morbidade e mortalidade aumentam quando se expõe o paciente com hipotireoidismo a um trauma cirúrgico dessa magnitude^{9,15,17}. Portanto, a laparotomia somente deve ser indicada em casos de peritonite, isquemia intestinal, sofrimento de alças ou risco de ruptura do ceco, devendo os tratamentos conservadores relatados acima serem instituídos em primeira instância caso haja tempo e condição para tal.

Felizmente, no caso em questão o paciente apresentou evolução longa e arrastada, porém com bom resultado final. Atualmente, ele encontra-se bem clinicamente e em acompanhamento no ambulatório de cirurgia geral do Hospital Geral de Goiânia, aguardando vaga de internação para reconstrução do trânsito intestinal.

CONCLUSÃO

Conclui-se com este trabalho o quão importante é o correto exame clínico, além de uma conduta acertada, pautada em ditames éticos e protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

- Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *Br Med J*. 1948 Out; 2 (4579): 671-3.
- Chudzinski AP, Thompson EV, Ayscue JM. Acute Colonic Pseudoobstruction. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2015 Jun; 28(2): 112–117.
- Wells CI, O'Grady G, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World Journal of Gastroenterology*. 2017 Ago; 23(30): 5634–5644.
- Nanni G, Garbini A, Luchetti P, Nanni G, Ronconi P, Castagneto M. Ogilvie's syndrome (acute colonic pseudo-obstruction): review of the literature (October 1948 to March 1980) and report of four additional cases. *Dis Colon Rectum*. 1982 Mar; 25(2): 157-66.
- Vazquez-Sandoval A, Ghamande S, Surani S. Critically ill patients and gut motility: are we addressing it? *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2017 Ago; 8(3): 174–179.
- Sandle GI, Gaiger E, Tapster S. Evidence for large intestinal control of potassium homeostasis in uraemic patients undergoing long-term dialysis. *Clin Sci*. 1987 Set; 73(3): 247-52.

7. Jayaram P, Mohan M, Lindow S, Konje J. Postpartum Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome): A systematic review of case reports and case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017 Jul; 214: 145-149.

8. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum*. 1986 Mar; 29(3): 203-10.

9. Wrenn SM, Parsons CS, Yang M, Malhotra AK. "Acute large bowel pseudo-obstruction due to atrophic visceral myopathy: A case report". *International journal of surgery case reports*. 2017; 33: 79–83.

10. Shera IA, Vyas A, Bhat MS, Yousuf Q. Unusual case of Hashimoto's encephalopathy and pseudo-obstruction in a patient with undiagnosed hypothyroidism: a case report. *J. Med. Case Rep*. 2014 Set 6; 8: 296.

11. Abbasi A, Douglass R, Bissell G, Chen Y. Myxedema ileus: a form of intestinal pseudo-obstruction. *JAMA*. 1975 Out; 234(2): 181-3.

12. Boruchow IB, Miller LD, Fitts WT. Paralytic Ileus in Myxedema. *Arch Surg*. 1966 Jun; 92(6):960-963.

13. Yanamandra U, Kotwal N, Menon A, Nair V. Ogilvie's syndrome in a case of myxedema coma. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2012 Mai-Jun; 16(3): 447–449.

14. Saunders MD, Kimmey MB. Colonic pseudo-obstruction: the dilated colon in the ICU. *Semin Gastrointest Dis*. 2003 Jan; 14(1): 20-7.

15. Meytes V, Schulberg SP, Morin N, Glinik G. Undiagnosed hypothyroidism presenting with sigmoid volvulus. *J Surg Case Rep*. 2016 Apr 22; 2016(4): 1-3.

16. De Giorgio R, Knowles CH. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg*. 2009 Mar; 96(3): 229-39.

17. Laine L. Management of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med*. 1999; 341(3): 192.

18. Batalis T, Muers M, Royle GT. Treatment with intravenous triiodothyronine of colonic pseudo-obstruction caused by myxoedema. *Br J Surg*. 1981 Jun; 68(6): 439.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.



ACESSO LIVRE

Citação: Morais AS et al. (2019), ASSOCIAÇÃO VACTERL: RELATO DE CASO, 6(3): 45-48.

Instituição:

¹ Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

² Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

³ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, Maranhão, Brasil.

⁴ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

⁵ Professor Doutor e médico cirurgião geral vinculado a Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente:

Adriano Sousa de Morais
adrianosousa180@hotmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Morais et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RELATO DE CASO

ASSOCIAÇÃO VACTERL: RELATO DE CASO

VACTERL ASSOCIATION: A CASE REPORT

Adriano Sousa de Morais¹; Benito Junior Santos da Costa¹; Thállisso Martins da Silva Rodrigues²; Filiph Fernandes de Sousa Matos²; Iuri Almeida Matias da Paz²; José Rodolfo Teixeira da Cunha²; Gizele de Oliveira Santos Silva³; Wendelly Beserra Silva⁴; Orlando José dos Santos⁵.

RESUMO

Diversas anomalias congênitas se manifestam caracterizando problemas diversos e causando transtornos ao indivíduo, mostrando relevante causa de sofrimento e prejuízo à saúde do ser humano. Especificamente no Brasil, as anomalias congênitas têm aumentado progressivamente, entre os anos de 1980 e 2000, essa transferiu-se da quinta para a segunda posição na causa dos óbitos em menores de 1 ano. Algumas anomalias congênitas podem acontecer em concorrência, sendo consideradas as suas diversas implicações conjuntas.

Palavras-chave: Anomalias Congênitas; Cirurgia Pediátrica; VACTERL.

ABSTRACT

Several congenital anomalies manifest themselves characterizing diverse problems and causing disorders to the individual, showing relevant cause of suffering and damage to human health. Specifically in Brazil, the congenital anomalies have increased progressively, between the years 1980 and 2000, this has moved from the fifth to the second position in the cause of deaths in children under 1 year. Some congenital anomalies can happen in competition, being considered their several joint implications.

Keywords: Congenital anomalies; Pediatric Surgery; VACTERL.

INTRODUÇÃO

Diversas anomalias congênitas se manifestam caracterizando problemas diversos e causando transtornos ao indivíduo, mostrando relevante causa de sofrimento e prejuízo à saúde do ser humano. Especificamente no Brasil, as anomalias congênitas têm aumentado progressivamente, entre os anos de 1980 e 2000, essa transferiu-se da quinta para a segunda posição na causa dos óbitos em menores de 1 ano. Algumas anomalias congênitas podem acontecer em concorrência, sendo consideradas as suas diversas implicações conjuntas¹.

VACTERL é a denominação dada à concorrência esporádica e não aleatória de diversas anomalias². Descritivamente se refere a defeitos vertebrais (V), atresia anal (A), cardiopatia (C), fístula traqueoesofágica com ou sem atresia de esôfago (TE), displasia renal (R) e defeitos nos membros (L)³. Existem alguns critérios para definição diagnóstica de VACTERL e embora haja variação nesses critérios diagnósticos, a maioria dos médicos e pesquisadores considera VACTERL quando há pelo menos a presença de três componentes^{4,5}.

Quan e Smith⁶ definiram o acrônimo VATER em 1973, inicialmente o acrônimo considerava somente defeitos vertebrais (V), atresia anal (A), fístula traqueoesofágica com ou sem atresia de esôfago (TE) e displasia radial. Apenas um ano mais tarde as anomalias renais foram consideradas em "R", ficando contidas junto às displasias radiais⁷. No mesmo ano que foram consideradas as anomalias renais por Quan e Smith, Tentamy et al. acrescentaram na sigla as anomalias cardíacas (C) e defeitos nos membros (L), a sigla foi então atualizada para VACTERL³.

Segundo a realização de estudos epidemiológicos de base populacional em nascidos vivos, essas anomalias relacionadas ao VACTERL ocorrem numa incidência de 1 em 10.000 a 1 em 40.000, atualmente, nenhuma etiologia comum da associação VACTERL é conhecida e um fundo heterogêneo para o fenótipo é provável⁸.

A manifestação percentual das diversas anomalias genéticas em portadores de VACTERL é variável, alguns valores podem ser destacados, como as anomalias vertebrais que ocorrem em 60-80% dos casos, já a atresia anal é incidente em 90% das vezes, a ocorrência de malformações cardíacas se dá em 40-80% e fístula traqueoesofágica em 50 a 80%, anomalias renais tem ocorrência registrada em 80%, enquanto os defeitos nos membros podem ser observados em 50% dos pacientes⁵.

A mortalidade neonatal ocorre em 28% dos casos, os nascidos que sobrevivem enfrentam alguns desafios no decorrer do desenvolvimento, como diversas cirurgias, contudo, esses pacientes tem um desenvolvimento neurocognitivo normal⁹.

RELATO DO CASO

M.L.S.C, 4 anos, feminino, parda, natural e residente de Imperatriz, Maranhão. Mãe não realizou pré-Natal. Nascida de parto vaginal, chorando ao nascer, sem necessidade de medidas de suporte, pesando 2.850 gramas, perímetro cefálico

de 32 cm e APGAR 8/9. Possui dois irmãos, sendo a única com malformações; avó nega outros parentes com malformações. Em relação ao seu desenvolvimento, iniciou os primeiros passos com 1 ano e 4 meses, iniciou a falar com 1 ano e 2 meses, não tem educação formal, tem atividades recreativas com os irmãos, mas não socializa com outras crianças.

Avó relata malformação anorretal desde o nascimento, embora não tenha sido relatada na maternidade. Com 7 dias de vida (04 de julho de 2014) a família percebeu que a criança defecava continuamente e decidiram leva-la para consulta em Unidade Básica de Saúde local. Na ocasião, a recém-nascida foi encaminhada para o hospital de referência do município, onde foi realizada colostomia de dupla boca no mesmo dia (figura 1). Alguns dias após o procedimento, a menor retornou ao domicílio e não prosseguiu com acompanhamento médico especializado. Em 09 de Março de 2018 a paciente foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial no Hospital Materno Infantil (HUMI) em São Luís, MA (local de referência pediátrica de alta complexidade), sendo internada dia 25 setembro 2018, mais de quatro anos após a produção da colostomia, para reconstrução de trânsito intestinal e anoplastia.



Figura 1. Colostomia em dupla boca.

Na ocasião da internação no HUMI, já com 4 anos de idade, a equipe se questionou sobre a necessidade de buscar outras anomalias. Logo, teve início a investigação de outras anomalias congênitas, pois a criança não fora investigada no passado. Solicitou-se ultrassonografia de rins e vias urinárias, cintilografia renal, ureterocistografia miccional, ressonância magnética de neuroeixo, radiografia de membro superior direito (MSD) e ecocardiograma. A cintilografia renal mostrou ausência do rim direito e função do rim esquerdo diminuído discretamente com sistema pielocalicial e ureter dilatados. A ureterocistografia evidenciou uretra com calibre preservado e com comunicação com a vagina, caracterizando trajeto fistuloso uretrovaginal proximal, foi visualizado ainda um segundo trajeto anômalo posterior, entre vagina e o reto, caracterizando trajeto fistuloso retovaginal. Foram observadas no término da investigação, além da anomalia anorretal, fístulas uretrovaginal e retovaginal, agenesia renal unilateral direita, deformidade em MSD com agenesia do primeiro quirodáctilo da mão direita (figura 2), espinha bífida em L5 (figura 3) e comunicação interventricular. Com esses dados em

mãos, foi caracterizado a síndrome VACTERL, embora a ausência da anomalia traqueoesofágica.



Figura 2. Agenesia radial direita e agenesia de primeiro quirodáctilo direito.



Figura 3. Espinha bífida em L5.

No dia 01 de outubro de 2018 foi realizada a cirurgia de correção da anomalia anorretal (figura 4), os dias seguintes foram realizadas dilatações anal seriadas. A paciente foi encaminhada para o devido tratamento das outras anomalias, sendo necessário seguimento com cardiopediatria, ortopediatria, nefropediatria e uropediatria.



Figura 4. resultado final da anoplastia.

A associação VACTERL é regularmente estabelecida pelo aparecimento de pelo menos três das seguintes malformações congênitas: anomalias vertebrais, atresia anal, anomalias cardíacas, fístula traqueoesofágica, anomalias renais e anormalidades nos membros^{10,11}. O caso exposto apresentou quase a totalidade do espectro VACTERL: Anomalia Anorretal, Fístula Vestibular, Agenesia Renal Unilateral Direita, Espinha Bífida em L5, deformidade em MSD e Comunicação Interventricular, um total de cinco malformações.

As anomalias anorretais são malformações congênitas relativamente comuns e são descobertas precocemente com o neonato ainda na maternidade. Na paciente exposta, a malformação anorretal passou despercebida pela equipe médica que fez o exame inicial do recém-nascido. Após a alta hospitalar, os pais do neonato perceberam alterações na frequência das eliminações fecais, ao procurar assistência médica a malformação anal foi diagnosticada. Esse fato enfatizada a importância do médico pediatra estar sempre atento as alterações nas eliminações dos neonatos nos primeiros dias de vida, ambicionando o diagnóstico e a investigação precoce de malformações anorretais¹².

Nos familiares da paciente nenhum caso de malformação foi relatado, maioria dos estudos sugerem heterogeneidade causal em pacientes com associação VACTERL. Como mostrado por Solomon^{10,11}, quase todas as causas genéticas identificadas em humanos foram relatadas em indivíduos isolados e estas representam apenas uma reduzida porcentagem entre todos os pacientes com VACTERL.

Como exposto em diversas séries de casos, os pacientes com anomalias anorretais são rotineiramente acometidos por anomalias congênitas adicionais. O tratamento cirúrgico e clínico de pacientes com malformações anorretais é extremamente variável e a coexistência de outras anormalidades congênitas pode resultar em um conjunto de cuidados bem mais complexo, indo de acordo com o que é defendido por Totonelli *et al*¹². O tratamento cirúrgico permite o funcionamento adequado do ânus, objetivando calibre e anatomia apropriado. Quanto mais precoce a correção, melhor é o desenvolvimento da inervação entre do canal anal, atingindo melhor funcionalidade.

As anomalias vertebrais têm possibilidade de afetar qualquer uma das vértebras, únicas ou múltiplas^{10,13,14}. Como explanado por Somolon *et al*¹³ e Oral *et al*¹⁴, além de anomalias vertebrais francas, malformações congênitas causadas por uma ausência de fusão das estruturas embrionárias da linha média podem acontecer. O caso exibido apresentou espinha bífida em L5, achado não descrito rotineiramente em portadores da associação de VACTERL.

As anomalias em membros superiores, especificamente as radiais, foram descritas no início como uma característica definidora da associação^{10,14}. No caso apresentado, através do estudo radiológico se evidenciou agenesia radial em membro superior direito e agenesia do primeiro quirodáctilo direito. A identificação permitiu planejar intervenções, como a fisioterapia precoce. Procedimento cirúrgico no membro foi descartado.

Malformações cardíacas são comuns à associação, estudos mostram que elas têm grande diversidade^{10,14}. O

DISCUSSÃO

defeito do septo ventricular é um dos mais rotineiramente detectado, nestes casos, a ecocardiografia tem um papel importante no diagnóstico e na análise da repercussão hemodinâmica. No caso retratado, estava presente uma pequena comunicação interventricular sem repercussão hemodinâmica. Sabendo que estes pequenos defeitos podem, em médio ou longo prazo, produzir alterações anatômicas cardíacas e aumentar o risco de infecções, a paciente foi aconselhada para o acompanhamento regular com cardiologista.

As anomalias renais podem ser acompanhadas de anomalias ureterais e geniturinárias^{10,14}. A paciente apresentou agenesia renal unilateral direita, fístulas uretrovaginal e retovaginal. As fístulas foram corrigidas e foi indicado acompanhamento regular com nefrologista.

Destarte, a associação de VACTERL traz a luz um conjunto de malformações com apresentação clínica diversa, que pode trazer sofrimento a curto, médio e/ou longo prazo para os portadores e enfatiza que o diagnóstico pré-natal e neonatal é extremamente importante, pois, o prognóstico e toda a conduta a ser aplicada após o nascimento serão definidos com base na gravidade das anomalias, mostrando ser um tema sempre pertinente entre clínicos, pediatras e cirurgiões.

CONCLUSÃO

Conclui-se com este trabalho o quão importante é o correto exame clínico, com a pronta identificação de anomalias congênitas ainda no período neonatal precocemente, possibilitando a intervenção cirúrgica, quando possível, no correto lapso temporal, com melhora de prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Horovitz DDG, Llerena JC, Mattos RA. Birth defects and health strategies in Brazil: an overview. *Cad. Saúde Pública* vol.21 No.4. 2005.
2. Salati SA, Rabah SM. VACTERL association. *Online J Health Allied Scs.* 2010; 9(2):15.
3. Bartels E, Jenetzky E, Solomon BD, Ludwig M, Schmiedeke E, Grasshoff-Derr S, Schmidt D, Ma"rzhseuser S, Hosie S, Weih S, Holland-Cunz S, Palta M, Leonhardt J, Scha"fer M, Kujath C, Ribmann A, No"then MM, Reutter H, Zwink N. Inheritance of the VATER/VACTERL association. *Pediatr Surg Int*, 2012. 28:681–685.
4. Puvabanditsina S, Gurpb JV, Februarya M, Khalila M, Maynea J, McConnella JA, Mehtaa R. VATER/VACTERL Association and Caudal Regression with Xq25-q27.3 Microdeletion: A Case Report. *Fetal and Pediatric Pathology*, 2016, VOL. 35, Nº. 2, 131–141.
5. Santos J, Nogueira R, Pinto R, Cerveira I, Pereira S. First trimester diagnosis of VACTERL association. *Clinics and Practice*, 2013.
6. Quan L, Smith DW. The VATER association. Vertebral defects, Anal atresia, T-E fistula with esophageal atresia, Radial and Renal

dysplasia:

a spectrum of associated defects. *J Pediatr* 1973; 82:104-7.

7. Reutter H, HilgerAC, Hildebrandt F, Ludwig M. Underlying genetic factors of the VATER/VACTERL association with special emphasis on the Brenal phenotype. *Mol Syndromol Pediatr Nephrol*, 2016, 31:2025–2033.
8. Winberg J, Gustavsson P, Papadogiannakis N, Sahlin E, Bradley F, Nordenskjold E, Svensson P, Annere G, Iwarsson E, Nordgren A, Nordenskjold4 A. Mutation Screening and Array Comparative Genomic Hybridization Using a 180K Oligonucleotide Array in VACTERL Association. *Plos One*. 2014.
9. Debost-Legrand A, Goumy C, Laurichesse-Delmas H, Dechelotte P, Perthus I, Francannet C, Lemery D, Gallot D. Prenatal Diagnosis of the VACTERL Association Using Routine Ultrasound Examination. *Birth Defects Research- part A*, 2015.
10. Solomon BD. VACTERL/VATER Association. *Orphanet J Rare Dis* 2011;6:56.
11. Solomon BD, Baker LA, Bear KA, et al. An approach to the identification of anomalies and etiologies in neonates with identified or suspected VACTERL (vertebral defects, anal atresia, tracheoesophageal fistula with esophageal atresia, cardiac anomalies, renal anomalies, and limb anomalies) association. *J Pediatr*, 2014.
12. Totonelli G, Catania VD, Morini F, Fusaro F, Mosiello G, Iacobelli BD, Bagolan P. VACTERL association in anorectal malformation: effect on the outcome. *Pediatr Surg Int*, 2015; 31:805-808.
13. Solomon BD, Pineda-Alvarez DE, Raam MS, Bous SM, Keaton AA, Velez JI, et al. Analysis of component findings in 79 patients diagnosed with VACTERL association. *Am J Med Genet A*. 2010.
14. Oral A, Caner I, Yigiter M, Kantarci M, Olgun H, Ceviz N, et al. Clinical characteristics of neonates with VACTERL association. *Pediatr Int*, 2012.