

PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA

PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

O CREMERJ INCENTIVANDO A INICIAÇÃO
CIENTÍFICA DE JOVENS MÉDICOS

GESTÃO 2013/2018

DIRETORIA MAR 2015 A JAN. 2017

Presidente – Pablo Vazquez Queimadelos
Vice-Presidente – Ana Maria Correia Cabral
Segundo Vice-Presidente – Nelson Nahon
Diretor Secretário Geral – Serafim Ferreira Borges
Diretora Primeira Secretária – Marília de Abreu Silva
Diretor Segundo Secretário – Gil Simões Batista
Diretora Tesoureira – Erika Monteiro Reis
Diretor Primeiro Tesoureiro – Carlos Enaldo de Araújo Pacheco
Corregedor – Renato Brito de Alencastro Graça
Vice-Corregedor – José Ramon Varela Blanco

CORPO DE CONSELHEIROS – Gestão 2013/2018

Abdu Kexfe, Alexandre Pinto Cardoso, Alkamir Issa, Aloísio Tibiriçá Miranda, Ana Maria Correia Cabral, Armando de Oliveira e Silva, Armindo Fernando Mendes Correia da Costa, Carlos Cleverton Lopes Pereira, Carlos Enaldo de Araújo Pacheco, Carlos Eugênio Monteiro de Barros, Edgard Alves Costa, Erika Monteiro Reis, Felipe Carvalho Victer, Fernando Sérgio de Melo Portinho, Gil Simões Batista, Gilberto dos Passos, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Ilza Boeira Fellows, Joé Gonçalves Sestello, Jorge Wanderley Gabrich, José Marcos Barroso Pillar, Kássie Regina Neves Cargnin, Luiz Antônio de Almeida Campos, Luís Fernando Soares Moraes, Makhoul Moussallem, Márcia Rosa de Araujo, Marcos Botelho da Fonseca Lima, Marília de Abreu Silva, Nelson Nahon, Olavo Guilherme Marassi Filho, Pablo Vazquez Queimadelos, Paulo Cesar Geraldês, Renato Brito de Alencastro Graça, Ricardo Pinheiro dos Santos Bastos, Rossi Murilo da Silva, Serafim Ferreira Borges, Sergio Albieri, Sergio Pinho Costa Fernandes, Sidnei Ferreira, Vera Lucia Mota da Fonseca.

CONSELHEIROS INDICADOS PELA SOMERJ

Celso Nardin de Barros
José Ramon Varela Blanco

COMISSÃO DE MÉDICOS RECÉM-FORMADOS DO CREMERJ

GIL SIMÕES BATISTA - Coordenador

ADALBERTO AUGUSTO ALVES
ARMINDO FERNANDO MENDES CORREIA DA COSTA
BEATRIZ RODRIGUES ABREU DA COSTA
BRUNO MORISSON
CARLOS ALBERTO MACHADO
CARLOS DARCY ALVES BERSOT
CESAR DE PAIVA BARROS
DIEGO RODRIGUES PUCCINI
EDUARDO JOSÉ BERARDO ZAEYEN
ELIZABETH GOMES DOS SANTOS
FELIPE CARVALHO VICTER
FERNANDO SÉRGIO DE MELO PORTINHO
FLÁVIO MALCHER MARTINS DE OLIVEIRA
GILBERTO DOS PASSOS
HELDER VILELA DE OLIVEIRA E SILVA
ILDENÉ GUIMARÃES LOULA
ISABEL MARIA LOPES

JOSE VICENTE DE VASCONCELLOS
LAIS IZABEL MAIA MELO CRISANTO
LEVI AFONSO SOARES MAGALHÃES
LUIS FERNANDO SOARES MORAES
MARCIA ROSA DE ARAUJO
MARIA CRISTINA PEREIRA DE SA
MARILIA DE ABREU SILVA
MARTHA DEMETRIO RUSTUM
PABLO VAZQUEZ QUEIMADELOS
RAFAELLA BRAGA LEAL REIS
RENATA BUSSADE PILLAR
RICARDO CORTEZ VASSALLO
RICARDO FARIAS JUNIOR
RONALDO CONTREIRAS DE OLIVEIRA VINAGRE
ROSSANO KEPLER ALVIM FIORELLI
SIDNEI FERREIRA
SILVANA FERREIRA DE LIMA TOURINHO
SUSANA MACIEL WUILLAUME
VITOR MOREIRA ALVARENGA

Revisão, normatização e digitação:

Centro de Pesquisa e Documentação do CREMERJ-CPEDOC

Auxiliadora Ana de Lacerda
Carmo de Maria Monteiro de Araujo - Gerente
Cíntia Samanta Alves Baixas
Diane Ferreira da Silva
Selma Martins dos Santos
Yedla Maria de Albuquerque Silva

Capa e diagramação:

Agência Brick

Foto da Capa:

Selma Martins dos Santos

Impressão:

Catálogo na Fonte: Cíntia Samanta Alves Baixas (CRB 7º - nº 6.576)

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ.
Prêmio de Residência Médica: o CREMERJ incentivando a iniciação científica de jovens médicos. / Organizado por Centro de Pesquisa e Documentação. – Rio de Janeiro : CREMERJ, 2016.
344 p.

1. Residência Médica - Estudantes. 2. Ensino Médico. I. Título.

Venda proibida. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - O CREMERJ incentivando a iniciação científica de jovens médicos.

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
Praia de Botafogo, nº 228 - Centro Empresarial Rio
Botafogo - Rio de Janeiro - RJ CEP: 22.250-145
Telefone: (21) 3184-7050 | Fax: (21) 3184-7120
Homepage: www.cremerj.org.br | e-mail: protocrm@crm-rj.gov.br

Sumário

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO I – Cons ^o Pablo Vazquez Queimadelos | 9 |
| APRESENTAÇÃO II – Cons ^o . Gil Simões Batista | 11 |
| INTRODUÇÃO – Cons ^a Marília de Abreu Silva | 13 |

CAPITULO 1

| | |
|--|----|
| 1º Prêmio de Residência Médica (2004)..... | 15 |
| I. Dra Ana Cristina Dantas Chaladovsky | 18 |
| II. Dr. Jefferson Abrantes | 24 |
| III. Dra. Jucele Xavier Bettim Molaib | 32 |

CAPITULO 2

| | |
|---|----|
| 2º Prêmio de Residência Médica (2005) | 37 |
| I. Dr. Marcelo Moreira Cardoso..... | 40 |
| II. Dra. Ana Cristina Lacerda Macedo | 50 |
| III.Dra. Gabrielle Bernardeli | 60 |

CAPITULO 3

| | |
|--|----|
| 3º Prêmio de Residência Médica (2006)..... | 65 |
| I. Dr. Bernardo Cunha Senra Barros | 68 |
| II. Dra. Renata Maria Brito de Sá | 74 |
| III.Dra. Rafaela Baroni Aurélio | 80 |
| IV.Dr. Renato Faria Ribeiro Neto | 86 |

CAPITULO 4

| | |
|--|-----|
| 4º Prêmio de Residência Médica (2007)..... | 91 |
| I. Dra. Lize Maciel Pinheiro Guimarães | 94 |
| II. Dr. Daniel Guinim Macedo | 100 |
| III.Dra. Lia Theophilo Krüger | 108 |

CAPITULO 5

| | |
|--|-----|
| 5º Prêmio de Residência Médica (2008)..... | 113 |
| I. Dra Ângela Márcia Cabral Mendonça | 116 |
| II. Dra. Pérola de Oliveira | 122 |
| III. Dra. Fernanda Maria Braga Marinho | 128 |

CAPITULO 6

| | |
|--|-----|
| 6º Prêmio de Residência Médica (2009)..... | 133 |
| I. Dr. Fernando Bassan..... | 136 |
| II. Dr. Paulo Alonso Garcia Alves Junior | 142 |
| III.Dra Denise Prado Momesso | 148 |

CAPITULO 7

| | |
|--|-----|
| 7º Prêmio de Residência Médica (2010)..... | 153 |
| I. Dra. Nicolle Cavalcante Gaglionone..... | 156 |
| II. Dr. Marco Aurélio Lameirão Pinto..... | 160 |
| III.Dr. Rodolfo Chedid | 170 |

CAPITULO 8

| | |
|---|-----|
| 8º Prêmio de Residência Médica (2011)..... | 179 |
| I. Dr. José Antônio Dias da Cunha e Silva | 182 |
| II. Dr. Mario de Siqueira Russano..... | 190 |
| III.Dra. Kênya de Sousa Borges | 204 |

CAPITULO 9

| | |
|--|-----|
| 9º Prêmio de Residência Médica (2012)..... | 209 |
| I. Dra. Bruna Melhoranse Gouveia..... | 212 |
| II. Dr. Guilherme Bracco Graziosi..... | 220 |
| III. Dr. Ângelo Real Pereira Júnior..... | 232 |

CAPITULO 10

| | |
|--|-----|
| 10º Prêmio de Residência Médica (2013)..... | 251 |
| I. Dra. Luana da Graça Machado | 254 |
| II. Dr. Daniel Cesar de Araujo Santos | 260 |
| III.Dr. Paulo Mauricio Soares Pereira Filho..... | 266 |

CAPITULO 11

| | |
|---|-----|
| 11º Prêmio de Residência Médica (2014)..... | 271 |
| I. Dra. Mariana Carneiro Lopes..... | 274 |
| II. Dra. Helena Fernandes Ferraz | 280 |
| III.Dra. Dominique Cochat Fuser | 286 |

CAPITULO 12

| | |
|---|-----|
| 12º Prêmio de Residência Médica (2015)..... | 291 |
| I. Dr. José de Assis e Souza Júnior..... | 294 |
| II. Dr. Rafael Corrêa Coelho..... | 302 |
| III.Dra Rafaela Brito Capelli..... | 308 |

CAPITULO 13

| | |
|---|-----|
| 13º Prêmio de Residência Médica (2016)..... | 315 |
| I. Dr. Renan Silva Couto..... | 318 |
| II. Dr. Felipe Bacellar de Faria..... | 324 |
| III.Dra. Winiee Mota Lopes..... | 332 |

| | |
|----------------------------|-----|
| ONDE ESTÁ O CREMERJ | 337 |
|----------------------------|-----|

APRESENTAÇÃO I

Caros colegas,

É com grande alegria que publicamos este livro, uma retrospectiva dos 13 anos do Prêmio de Residência Médica promovido pelo CREMERJ, com o apoio da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ), o que demonstra nosso compromisso com o incentivo à Educação Médica Continuada e com a Residência Médica como o padrão ouro dos cursos de especialização.

A Residência Médica nasceu no Rio de Janeiro na década de 1940, no Hospital dos Servidores do Estado. Em 1977, através do Decreto nº 80.281, foi regulamentada como modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, consolidando-se como a melhor forma de capacitação para o médico.

Ela carrega uma trajetória de lutas pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com qualidade e se soma aos que seguem enfrentando o subfinanciamento da saúde pública no Brasil e defendem a democracia. O movimento dos médicos residentes foi, inclusive, um dos primeiros a organizar greve contra a ditadura militar, mostrando a coragem, a união e a ousadia necessárias na busca de um país melhor.

Não obstante, cada um de nós, preceptores, residentes e ex-residentes, leva consigo a honra e a satisfação de ter participado da construção desse projeto, formando profissionais de excelência, conscientes de sua responsabilidade com a ética, com o respeito ao colega e ao paciente e o nosso incondicional amor à “arte de curar”, à Medicina.

Agradecemos imensamente aos preceptores e residentes pela receptividade e colaboração na realização deste livro, dando-nos a oportunidade de divulgar a produção científica, fruto de muito trabalho e dedicação, e que certamente servirá de incentivo aos colegas que ingressam na Residência Médica. Que lhes sirva de inspiração para o melhor desempenho da profissão que abraçamos e que nos dá muito orgulho.

Cons^o PABLO VAZQUEZ QUEIMADELOS
Presidente do CREMERJ

APRESENTAÇÃO II

Prezados colegas,

Comemoramos a décima terceira edição do Prêmio Residência Médica do CREMERJ com a publicação de um livro que registra os trabalhos classificados nos três primeiros lugares, de cada ano, ao longo da história do prêmio.

Quando da sua criação o prêmio visava estimular e defender, por entender como fundamentais:

- os Programas de Residência Médica existentes em nosso estado, padrão ouro da especialização médica;
- os Preceptores, figuras fundamentais para a excelência dos programas assim como para o crescimento profissional dos jovens médicos;
- a participação dos Residentes em atividades científicas para além dos programas de residência.

A qualidade dos trabalhos científicos, bem como o brilhantismo das apresentações, ao longo destes 13 anos, é para o CREMERJ a confirmação do sucesso do projeto.

Devemos registrar que para o êxito do projeto foi e é fundamental a participação de grandes mestres da medicina que compõem o grupo que seleciona e classifica os trabalhos, a quem agradecemos a dedicação.

A Diretoria do CREMERJ e seu corpo de Conselheiros continuarão firmes na defesa e no estímulo do que entendemos ser os determinantes da formação com qualidade dos jovens médicos.

Cons^o GIL SIMÕES BATISTA
Diretor Segundo Secretário
Coordenador da Comissão de Médicos Recém-Formados

INTRODUÇÃO

Prezados colegas,

O Prêmio de Residência Médica foi idealizado pela Comissão de Médicos Recém-Formados do CREMERJ, tendo sua primeira edição em dezembro de 2004. Na ocasião, para concorrer ao Primeiro Prêmio de Residência Médica do CREMERJ, mais de 70 trabalhos foram inscritos e selecionados 10 dentre estes.

Desde o primeiro Prêmio de Residência Médica do CREMERJ em 2004 até outubro de 2016, já na sua décima terceira edição, o Concurso do CREMERJ tem atraído cada vez mais a atenção dos Residentes e Preceptores, o que demonstra que o estímulo e a valorização da vida acadêmica, bem como o fortalecimento da melhor forma de pós-graduação e a valorização do trabalho médico tem sido a prioridade do nosso Conselho.

A Residência Médica é um importante meio para a especialização médica e pode parametrizar o tipo de assistência prestada à população. Sabemos do grau de exigência e do alto padrão de atendimento nos hospitais em que há programas de residência médica que implica, ainda, na melhoria dos serviços destes. Ou seja, a Residência Médica interfere e entrelaça os interesses de residentes, preceptores e da população assistida, pois todos ganham com a qualificação do médico.

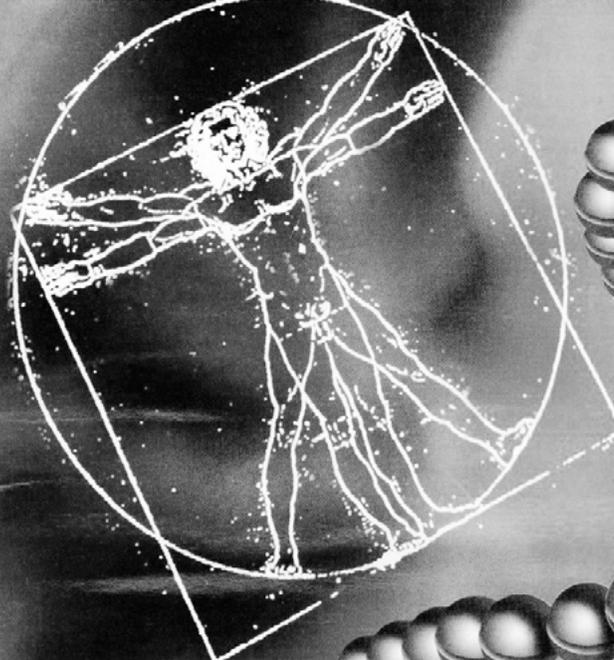
Como Coordenadora da Secretaria das Câmaras Técnicas e Comissões do CREMERJ-SECCAT, responsável pela organização do Prêmio de Residência Médica, agradeço a calorosa receptividade e a colaboração dos colegas premiados e seus preceptores que abraçaram a proposta da Comissão de Médicos Recém-Formados, através do seu Coordenador, Cons^o Gil Simões Batista, para realização deste livro que agora entregamos em suas mãos.

Cons^a MARÍLIA DE ABREU SILVA
Diretora Primeira Secretária

JORNAL DO

CREMERJ

ÓRGÃO INFORMATIVO DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - DEZEMBRO - 2004 - ANO XVII - Nº 171



**RECEM-FORMADOS
CREMERJ promove
curso inédito**

**1º PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA 2004**

PRIMEIRO LUGAR NO 1º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2004

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Prezado Conselheiro Dr. Gil Simões,

Em primeiro lugar cumprimentar a gestão/diretoria do CREMERJ, e ao senhor em especial, pela iniciativa fenomenal que muito vai engrandecer a Residência Médica, como a maneira correta de especialização médica do jovem recém-formado.

Com relação à Dra. ANA CRISTINA DANTAS CHALADOVSKY, posso afirmar que tivemos o privilégio de tê-la como médica residente, não se torna necessário enaltecer as suas inúmeras qualidades científicas e pessoais, pois poderia tornar muito longa a minha apresentação. Vamos ater à ação concreta, que fala em nome de tudo, qual seja ter sido em 2004, o Chefe de Serviço de Dermatologia do ex Hospital Central do IASERJ e Preceptor da Dra. ANA CRISTINA, que foi laureada com o seu trabalho de "HPV E CARCINOGENESE; RELATO DE DOIS CASOS DE CÂNCER GENITAL RELACIONADOS AO HPV" com o 1º lugar no primeiro prêmio de Residência Médica do CREMERJ".

Gostaria também de informar ao CREMERJ o fato de que o IASERJ foi transferido para a unidade Maracanã e que temos um Serviço de Dermatologia, em plena atividade, e faz parte do nosso staff clínico a Dra. ANA CRISTINA DANTAS CHALADOVSKY.

Também acrescento que o SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO IASERJ foi fundado em 1970, pelo Professor Doutor Glyne Leite Rocha, um dos pilares da dermatologia brasileira, com reconhecimento no exterior e correspondente de vários serviços na América do Norte e Europa. Em 2007, após 37 anos de atividade, o nosso Serviço de Dermatologia que formou perto de 100 (cem) médicos residentes foi descredenciado pela CNRM e não possível o recredenciamento, pois não temos atualmente um hospital acoplado ao Serviço de Dermatologia, que tem unicamente atendimento ambulatorial. Concordo na qualidade de Preceptor da doutora com a publicação do trabalho no livro que vai ser lançado pelo nosso querido CREMERJ.

DR. SERGIO SOARES QUINETE

CRM 52 14732-9

A MÉDICA PREMIADA

Ana Cristina Dantas Chaladovsky é natural do Rio de Janeiro, estudou os ensinamentos fundamental e médio no Colégio Santo Inácio e é graduada em medicina pela Universidade Federal Fluminense, formando-se em 2000.

Fez residência em clínica médica no Hospital do Andaraí (2001/2002) e dermatologia no Hospital Central do IASERJ (2003/2004), obtendo o Título de especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e AMB em 2005.

Cursou também pós-graduação em dermatologia oncológica pelo INCA (2005) e MBA em gestão hospitalar pela UFRJ em (2012/2013). Atualmente é chefe de equipe técnica do serviço de dermatologia do IASERJ, casada e mãe de 3 filhas.

DRA. ANA CRISTINA DANTAS CHALADOVSKY

CRM 52 70523-3



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

HPV E CARCINOGENESE – RELATO DE DOIS CASOS DE CÂNCER GENITAL RELACIONADOS AO HPV

Hospital Central do IASERJ

RESIDENTE: Dra. Ana Cristina Dantas Chaladovsky.

PRECEPTOR: Dr. Sérgio Soares Quinete

DESCRITORES: CÂNCER GENITAL - HPV - CARCINOMA ESPINOCELULAR

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular é tumor maligno constituído por proliferação atípica de células espinhosas, de caráter invasivo, podendo dar metástases. Depressões imunológicas podem se associar a fatores virais que também participam da gênese do carcinoma espinocelular, como é o caso dos vírus do papiloma humano (HPV), especialmente importantes nos carcinomas genitais.

Apresentamos a seguir dois casos de carcinoma espinocelular na região genital externa onde a infecção pelo HPV constituiu principal fator etiológico.

CASO 1

Paciente masculino, 59 anos, homossexual, natural do Rio de Janeiro notou há 2 anos, surgimento de lesão verrucosa no pênis com crescimento progressivo. Exame clínico normal, má condição de higiene pessoal e ao exame dermatológico exibiu volumosa massa tumoral de aspecto vegetante com aproximadamente 10cm de diâmetro, englobando todo o corpo do pênis e poupando parcialmente a glande, com áreas de erosão e secreção purulenta.

O anti-HIV foi negativo e na TC de pelve não foram observadas linfonodomegalias pélvicas.

O exame histopatológico de biópsia da lesão revelou epitélio constituído por células atípicas formando cordões e maciços invadindo o córion e corpos cavernosos, coilocitose e pérolas córneas e a imunohistoquímica foi positiva para HPV, concluindo-se o diagnóstico de carcinoma espinocelular invasivo do pênis, sendo encaminhado para tratamento cirúrgico.

CASO 2

Paciente feminina, 50 anos, branca, viúva, natural do Rio de Janeiro, com queixa de prurido anal. Relata início há 6 anos com condilomatose perianal e vulvar, tratada com eletrocoagulação, havendo recidiva de algumas lesões. O ex-marido apresentava condilomas penianos de repetição. Realizava prática de coito anal e negava uso de preservativos ou promiscuidade sexual. A anuscopia evidenciava pólipos intra-anal único com restante da mucosa anal sem alterações. Ao exame dermatológico apresentava extensa placa eritematosa, friável, com maceração, de limites mal definidos, acometendo região perianal, sulco interglúteo, perineo e vulva.

O anti-HIV e VDRL foram negativos e a glicemia, normal. A captura híbrida para HPV da secreção da região perianal foi positiva para HPV de alto e baixo risco e o exame histopatológico de biópsia da região perianal e do pólipo intra-

anal revelaram epiderme com desorganização de todas as suas camadas, apresentando acentuadas atipias celulares e disqueratose, sendo feito diagnóstico de neoplasia intraepitelial grau III (carcinoma espinocelular in situ). A paciente foi encaminhada para serviço de ginecologia referenciado, onde foi programado uso de imiquimod 2 x por semana na região perianal e vulva durante 1 mês e posterior exérese superficial da lesão.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A infecção genital pelo HPV constitui doença sexualmente transmissível, representando importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e transmissibilidade. Existem vários subtipos de HPV, que são subdivididos em dois grupos - alto risco e baixo risco - de acordo com o seu potencial oncogênico. Os subtipos de alto risco, representados principalmente pelos HPV 16 e 18, se relacionam com as neoplasias intraepiteliais de alto grau e lesões invasivas. Já o grupo de baixo risco, sendo os principais os HPV 6 e 11, estão ligados às verrugas genitais e às neoplasias intraepiteliais de baixo grau. Os mesmos subtipos de HPV com alto potencial oncogênico encontrados no câncer do colo uterino são detectados nas neoplasias epiteliais da vulva, pênis e perianais.

O efeito oncogênico do HPV deve-se basicamente à ligação de duas oncoproteínas virais – E6 e E7 – a duas proteínas supressoras de tumor da célula do hospedeiro, a p53 e a pRB, respectivamente. A proteína carcinogênica E6 liga-se e inativa a proteína supressora tumoral do hospedeiro (p53), evitando desta maneira, o reparo do defeito genético e a apoptose. A proteína E7 liga-se e inativa a proteína supressora tumoral pRB, estimulando a síntese de DNA na célula do hospedeiro e ativando células quiescentes para o ciclo celular. O efeito combinado destas oncoproteínas resulta em um fenótipo com mutação onde a célula perpetua-se ciclando e incorpora qualquer mutação espontânea que ocorra.

O vírus não é suficiente para induzir carcinogênese genital, entretanto representa fator indispensável. Os principais co-fatores que se associam ao HPV no processo de transformação maligna incluem promiscuidade, multiparidade, sexarca precoce, persistência viral, presença de outras DSTs, tabagismo, deficiências nutricionais, má higiene local e imunossupressão

Descrevemos 2 casos de carcinoma espinocelular na região genital com importante participação da infecção pelo HPV, associada a co-fatores importantes, como má higiene local (caso 1) e persistência viral (caso 2).

Caso 1



Caso 2



REFERÊNCIAS

Arpini HR, Boix ER. Patologias provocadas por papovavírus precursores de carcinoma. Arch Argent Dermatol.; 38: 397-402. 1988.

Champion, RH. et al (eds) Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology. Blackell Science, Oxford. Sixth edition. 1998: 3201-3.

Crum, P.C., Liskow, A., Petras, P. et al. Vulvar Intraepithelial Neoplasia (Severe Atypia and Carcinoma in situ). A Clinicopathologic Analysis of 41 Cases. Cancer 54: 1429-1434, 1984.

Derrick, E. K., Ridley, C. M., Kobza-Black, A. et al A Clinical Study of 23 cases of Female Anogenital Carcinoma. Br J Dermatol 2000: 143: 1217-1223.

English et al. Dermatoses of the glans penis and prepuce. J Am Acad Dermatol. 1997; 37 (1): 1-24.

Freedberg, I. M. et al (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. McGraw-Hill, New York. Fifth edition. 1999: 730-3, 848-52, 1360-5.

Friis, S., Kjaer, L., Frisch, M., Møller, L. Cervical Intraepithelial Neoplasia, Anogenital Cancer and Other Types in Women after Hospitalization for Condylomata Acuminata. J Infect Dis; 175(4): 743-8, 1997 Apr.

Gerber et al. Buschke-Löwenstein Tumor: therapeutic options including systemic chemotherapy. Urology. 1993; 42 (5): 599-602.

Jacyntho, C., Filho, G. A., Maldonado, P. HPV Infecção Genital Feminina e Masculina. Revinter. Rio de Janeiro. 1994. 31-41, 91-95.

Lever, WF., Lever, GS. Histopatologia da pele. Manole. Sétima edição. 1991: 378-9, 499-501, 502-9

Neves, RG., Lupi, O., Talhari, S. Câncer da Pele. MEDSI. Rio de Janeiro. 2001: 147-69, 192-6. 215-23.

Pfister, H., Fuchs, P.G. Relation of Papillomaviruses to Anogenital Cancer. Dermatol Clin; 9 (2), 267-76, 1991 Apr Sampaio, SAP, Rivitti, EA. Dermatologia. Artes Médicas. São Paulo. Primeira edição. 1998: 835-7, 842-5.

Scholfield, J. H., Hickson, W. G., Smith, J. H. F. et al Anal Intraepithelial Neoplasia: Part of a Multifocal Disease Process. Lancet; 340 (8830): 1271-3, 1992 Nov

SEGUNDO LUGAR NO 1º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2004

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

O Prêmio Residência Médica estimulou o nosso residente Dr. Jefferson Abrantes, a ampliar o estudo sobre a nossa Unidade, recém criada, para atender pacientes graves.

A reflexão científica, por meio da realização deste trabalho e empenho do residente, auxiliaram no melhor reconhecimento do Serviço e na melhora no atendimento ao paciente grave.

DR. HERBERT MISSAKA

CRM 52 70888-7

Preceptor da Residência e Internato
em Emergência e Medicina Intensiva
do CTI2 Hospital Municipal Souza Aguiar
Mestrado em Educação em Ciências UFRJ
Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB

O MÉDICO PREMIADO

Jefferson Abrantes, nascido no Rio de Janeiro no dia 21/09/1976, formado em medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, atuando como médico neurologista em Brasília. Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia, Membro Titular da Associação Brasileira de Medicina Intensiva, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica, Mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e Residência em Neurologia pela Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

DR. JEFFERSON ABRANTES

CRM 52 73293-1



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

PROGNÓSTICO APACHE II: AVALIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE PACIENTES GRAVES

Hospital Municipal Souza Aguiar

RESIDENTE: Dr. Jefferson Abrantes

PRECEPTOR: Dr. Herbert Missaka

RESUMO: Analisar o perfil de uma nova experiência em atendimento ao paciente agudamente enfermo. Trabalho envolvendo o estudo de 327 pacientes admitidos entre 28 de agosto de 2003 a 30 de março de 2004. A gravidade dos pacientes segundo estudo realizado na UPG foi APACHE II = 22.7. Risco de óbito 42% e mortalidade de 44,9%. Estes resultados Demonstraram a gravidade dos pacientes admitidos. Comparado com outras unidades intensivas brasileiras, os índices da UPG apresentam médias superiores. Os resultados demonstram a importância de possibilitar o atendimento intensivo em serviços de emergência de grande demanda para melhorar o prognóstico dos pacientes.

DESCRITORES: AVALIAÇÃO DE PACIENTES – UTI – APACHE II

Este trabalho se fundamentou na aplicação do modelo APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) para avaliar a severidade dos problemas dos pacientes e correlacionar os riscos de óbitos previstos e os efetivamente observados numa unidade de cuidados intensivos dentro do setor de emergência: uma experiência pioneira dentro dos serviços públicos de grande demanda no atendimento a pacientes agudamente enfermos. Os resultados preliminares (1) permitiram classificar de maneira objetiva (descritiva e prognóstica) alguns pacientes estudados, bem como traçar um perfil de funcionamento que colaboraram no desenvolvimento deste novo estudo.

OBJETIVOS

Analisar a gravidade dos pacientes internados numa unidade intensiva, através de um

método de avaliação de pacientes graves e do risco de óbito (2-3), a fim de se obter um conhecimento mais objetivo do perfil de complexidade dos pacientes.

Relacionar o desempenho da unidade com os valores preditos pelo método.

Comparar os resultados com outros estudos de unidades de terapia intensivas brasileiras (4-8) com esta nova experiência em atendimento dentro da emergência.

Método APACHE II

Método APACHE II e o risco de óbito

Método Proposto pela equipe do Dr. William Knaus em Washington em 1984. Consiste num sistema de avaliação da severidade (quantitativa) e prognóstica (qualitativa) dos pacientes críticos que auxilia e agiliza

a decisão da equipe médica quanto aos benefícios e cuidados a estes pacientes. Este método permite complementar a necessidade ou suspensão do suporte avançado de vida, comparar do desempenho entre diversas unidades e estratificar grupos de pacientes para avaliação de novas tecnologias e procedimentos terapêuticos. Obtém-se os dados através da coleta de variáveis clínicas e laboratoriais, ponderando valores de acordo com os resultados, que ao final se traduzem numa escala numérica de 0 a 71.

UPG – UNIDADE DE PACIENTES GRAVES – CTI EMERGÊNCIAS

Unidade criada num hospital público de emergência devido à:

- necessidade de intervenção intensiva precoce para a revisão da gravidade (TCE grave, infarto agudo do miocárdio, sepse, acidente vascular encefálico isquêmico, insuficiência renal aguda).
- grande demanda de pacientes graves a serem atendidos (instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, coma, iminência de falência de órgãos).
- absoluta falta de leitos disponíveis em outras unidades intensivas.

Ou seja, atuar como unidade de terapia intensiva dentro da emergência: ser a unidade de emergência dentro da emergência.

CARACTERÍSTICAS

A unidade é constituída de uma chefia médica, com rotinas e plantonistas, equipes de enfermagem, fisioterapeutas e nutricionistas. 11 leitos, com monitorização cardíaca contínua, oximetria, 12 ventiladores microprocessados (Inter Plus, Inter-5, Takoka Monterrey). Faculdades de Medicina, enfermagem e Fisioterapia mantêm convênio com a Secretaria Municipal de Saúde para realizarem estágios e internato nesta unidade. Bolsistas, estagiários, acadêmicos, médicos em estágio profissional e residentes participam das atividades de aprendizado e treinamento. Existe uma discussão e programação diária do acompanhamento dos pacientes internados

(rounds), sessões clínicas com apresentação de artigos científicos, elaboração de protocolos de atendimento e de trabalhos científicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisados todos os pacientes internados por mais de 24 horas na UPG, num total de 327, entre os dias 28 de agosto de 2002 até o dia 30 de março de 2003. Foram coletados os dados necessários para a elaboração do APACHE II e avaliação do risco de óbito (sinais vitais, escala de coma de Glasgow, dados laboratoriais, diagnósticos). A coleta consistiu em registrar os piores resultados nas primeiras 24 horas da internação e registro no questionário previamente elaborado no programa EPI-info 6.

Foram excluídos os pacientes que permaneceram menos de 24 horas na UPG, seja devido à transferência ou óbito.

Comparamos os resultados com os índices de outras unidades de terapia intensiva brasileiras publicados em literatura APACHE II e risco de óbito. O trabalho teve um caráter descritivo da UPG recém implantada e não foi realizada análise estatística.

RESULTADOS

Foram avaliados 327 pacientes: 134 (41%) do sexo feminino e 193 (59%) do sexo masculino, idade média dos pacientes de 56.7 anos (mediana de 59). Foram constatados 147 (44.9%) óbitos entre estes pacientes, sendo que 76 (53,1%) eram do sexo masculino.

Os diagnósticos iniciais mais frequentes foram:

- acidente vascular encefálico hemorrágico (24%)
- doença arterial coronariana (23%)
- politraumatismo (16%)
- sepse (12%)

Analisando a escala de APACHE II entre os pacientes internados verificou-se que os óbitos ocorrem a partir da escala maior que 14, conforme os dados da tabela 1. A média da escala APACHE II dos pacientes internados na UPG foi de 22.7 (5-39).

| APACHE II | ÓBITOS | | TOTAL |
|-----------|--------|-----|-------|
| | não | sim | |
| 5 a 9 | 12 | 0 | 12 |
| 10 a 14 | 24 | 2 | 26 |
| 15 a 19 | 51 | 12 | 53 |
| 20 a 24 | 43 | 44 | 87 |
| 25 a 29 | 40 | 59 | 99 |
| 30 a 34 | 8 | 20 | 28 |
| 35 a 39 | 2 | 10 | 12 |
| Total | 180 | 147 | 327 |

Tabela 1: Mortalidade distribuída de acordo com a escala APACHE II divididos em intervalos de 5 pontos

Comparando agora o risco de óbito previsto aos pacientes e os óbitos ocorridos, obteve-se os resultados apresentados na tabela 2.

| RISCO % | ÓBITOS | | | previsto% | observ % |
|---------|--------|-----|-------|-----------|----------|
| | não | sim | TOTAL | | |
| 0 a 9 | 28 | 0 | 28 | 4,5 | 0,00 |
| 10 a 19 | 16 | 3 | 19 | 14,5 | 14,20 |
| 20 a 29 | 55 | 10 | 65 | 24,5 | 15,80 |
| 30 a 39 | 25 | 18 | 43 | 34,5 | 41,20 |
| 40 a 49 | 27 | 30 | 57 | 44,5 | 52,60 |
| 50 a 59 | 8 | 32 | 40 | 54,5 | 80,00 |
| 60 a 69 | 12 | 23 | 35 | 64,5 | 65,70 |
| 70 a 79 | 8 | 24 | 32 | 74,5 | 75,00 |
| 80 a 89 | 1 | 7 | 8 | 84,5 | 87,90 |
| Total | 180 | 147 | 327 | 45,5 | 42,00 |

Tabela 2: Distribuição dos 327 pacientes de acordo com a mortalidade prevista e a observada, divididos em faixa de risco de 10%

Os óbitos ocorreram em pacientes com graves alterações fisiológicas (APACHE II > 15) com correlação até a data dos casos coletados, de risco de óbito previsto com o ocorrido em 92.3% dos casos.

Comparando os resultados obtidos com outros estudos publicados, obteve-se os dados da tabela 3.

| APACHE II | |
|--|------|
| Média UPG-HMSA | 22,7 |
| Estudo Multicêntrico Brasileiro | 19,6 |
| Terapia Semi-Intensiva Pós Operatória HUCFF-UFRJ | 15,6 |
| CTI-HUCFF-UFRJ | 16,6 |
| CTI-HU Universidade Estadual de Londrina | 16,9 |

Tabela 3. Comparação dos índices APACHE II de diversas instituições brasileiras.

Comparando-se agora o risco de óbito da UPG com outras unidades intensivas, resumindo os dados da tabela 4.

| Risco de Óbito | % |
|--|-------|
| Média UPG-HMSA | 42,00 |
| Avaliação de Pacientes na UTI | 26,60 |
| Unidade Semi-Intensiva Pós Operatória HUCFF-UFRJ | 23,00 |
| CTI-HUCFF-UFRJ | 25,80 |
| CTI-HU Universidade Estadual de Londrina | 26,00 |

Tabela 4. Comparação dos riscos de óbito da UPG-HMSA com outras unidades de terapias intensivas

DISCUSSÃO

Criada há dois anos, com corpo clínico e rotinas próprias, a UPG é uma unidade pioneira e qualificada para atendimento mais imediato do paciente agudamente enfermo, diante da falta de estrutura, alta mortalidade, diminuição de leitos de cuidados intensivos, altos custos e grande demanda de atendimentos urgentes dos hospitais públicos.

Este tipo de unidade de atendimento, mais próximo à emergência, mostrou-se de grande relevância em modificar o prognóstico dos pacientes, como mostram os estudos e a experiência de serviços que adotaram esta estratégia.

Internam-se até 60 pacientes por mês que, sem esta unidade, permaneceriam na emergência ou aguardariam uma vaga ou transferência, num período decisivo para a revisão da doença.

Esta análise dos pacientes internados nos primeiros oito meses desta unidade recém estruturada prestou-se a fornecer dados do perfil do paciente: alta média de idade (56

anos), alterações importantes dos parâmetros fisiológicos considerados pela literatura a partir da escala APACHE II > 14, sendo que a média UPG foi de 22,7, e alto risco de óbito, considerado pela literatura a partir de 25% sendo que a média da UPG foi de 42,0%, mostrando a gravidade dos pacientes no momento da admissão.

Os pacientes com escala de APACHE II < 14 e risco de óbito até 29 % na UPG, continuam a se correlacionar com os dados previstos.

Os parâmetros fornecidos pela análise do APACHE II e risco de óbito permitem dirigir melhor os recursos e o planejamento desta nova estratégia de atendimento.

Sem este tipo de unidade, muitos pacientes permaneceriam na emergência ou aguardariam uma vaga ou transferência, num período decisivo para a reversão da doença.

CONCLUSÃO

Foi possível iniciar uma avaliação, mesmo que descritiva e não analítica, dos pacientes internados numa unidade intensiva, através de uma metodologia consagrada pela literatura médica.

A partir deste modelo, foi possível obter parâmetros de avaliação do desempenho e poder de resolução do serviço, bem como de comparação com outras unidade e transmissão de grande experiência adquirida com este tipo de atendimento.

Os resultados demonstram a importância do atendimento intensivo precoce, em serviços de emergências de grande demanda para melhorar o prognóstico dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. MISSAKA H. PACHECO A. FOGACCI JP. Utilização do Índice Prognóstico APACHE II para Avaliação de uma Unidade Semi-Intensiva de um Hospital Público da Cidade do Rio de Janeiro . Anais do RioCiência. 2002.

2. KNAUS WA. Draper. EA. Wagner DP. Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Car Med. 13:818.1985.

. GRMECS. Gasparovic V. Comparison of APACHE II. MEES and Glasgow Coma Scale in patients with nontraumatic coma for prediction of mortality . Cri Care 8:19.2000.

4. TERZI R.G.G. Índices Prognósticos em Medicina Intensiva. Ver.Bras. Terap.Intens. 14:6.2002.

5. ROCCO JR. JAPIASSÚ A. Comparação de Desempenho do Modelo Prognóstico APACHE II em Duas Unidades em um Hospital Universitário.www.united.edu/cimc99/fulltex/00145.j

6. Índices Prognósticos em Medicina Intensiva. Rev. Bras. Terap. Intens. 3:85-94.2002.

7. Estudo Multicêntrico Brasileiro. Intensive Care Med 23: 177-86. 1997

8. Avaliação dos Pacientes da Unidade de Terapia Intensiva. Anais do V Congresso SOPATI 160. 1998.

TERCEIRO LUGAR NO 1º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2004

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Em 2004 trabalhava no Hospital Central do IASERJ, como chefe de equipe técnica e preceptora da residência médica.

Na época Dra Jucele Xavier Bettin mostrou interesse por documentar os casos clínicos e fazer uma revisão bibliográfica, no que resultou no excelente trabalho de Metástase Cutânea de Ca de mama. Contribuiu no relato de uma doença grave, mostrando os aspectos em que pode se manifestar na pele, ajudando num diagnóstico precoce.

Deu seguimento a sua carreira médica com profissionalismo e ética atuando até hoje como uma excelente profissional.

DRA. CÉLIA REGINA SALGADO CORREA DE CARVALHO
CRM 52 33259-1

A MÉDICA PREMIADA

Dra Jucele Xavier Bettin Molaib graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro UNIRIO, Rio de Janeiro RJ (1994-2000).

Concluiu a Residência Médica em Clínica Médica no Hospital Santa Marcelina, São Paulo SP (2001-2003);

Residência em Dermatologia Instituto dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (2003-2005);

Pós Graduação em Administração Hospitalar Universidade São Camilo, Rio de Janeiro RJ(2003-2004);

Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia; Título de Especialista em Dermatologia 2005; Membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia SBD; Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica SBCD; Especialista em Medicina Estética pela Faculdade de Medicina do ABC; Especialista em Clínica Médica pelo MEC; Título de Especialista em Clínica Médica Março de 2003.

DRA. JUCELE XAVIER BETTIN MOLAIB
CRM 52 69759-1



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

METÁSTASE CUTÂNEA DE CARCINOMA DE MAMA

Hospital do IASERJ

AUTORA: Dra. Jucele Xavier Bettin

PRECEPTOR: Dra. Célia Regina Salgado Correa de Carvalho

RESUMO: As metástases cutâneas dos diversos tipos de neoplasias podem se apresentar clinicamente de várias formas. São, em geral, uma manifestação tardia da doença, e sugerem prognóstico reservado. São demonstrados neste artigo, 2 casos de metástase cutânea oriundas de neoplasia mamária. O objetivo é a discussão clínica dos casos e revisão das suas principais formas de apresentação.

DESCRIPTORIOS: CARCINOMA DE MAMA – METÁSTASE CUTÂNEA - REVISÃO CLÍNICA

INTRODUÇÃO

Metástases cutâneas de neoplasias viscerais são relativamente raras, com incidência variando de 0.7 a 10.4 %. Sua frequência geralmente acompanha a incidência do tumor primário. Na mulher os tumores que mais metastatizam para a pele são: mama 69%, intestino 9%, melanoma 5%, pulmão 4% e ovário 4%.

APRESENTAMOS DOIS CASOS DE METÁSTASE CUTÂNEA DE CARCINOMA DE MAMA.

PRIMEIRO CASO

Paciente feminina, 63 anos, branca, referia há 8 meses o surgimento de uma placa eritematosa infiltrada em região interescapular, com progressão para região escapular e MSE, associado a lesões nodulares no pescoço. Antecedentes de mastectomia à esquerda há 10 anos por CA de mama, catarata bilateral, AVC há um ano. Ao exame dermatológico apresentava placa eritemato-infiltrada de limites imprecisos, consistência endurecida, indolor, aspecto em "casca de laranja" em região torácica posterior esquerda com

extensão para terço proximal de membro superior esquerdo. Havia linfonodomegalia cervical e retroauricular bilateral e axilar D, confluyente aderida ao plano profundo além de uma lesão pápulo-nodular de cerca de 3 cm de diâmetro, ulcerada, endurecida e uma lesão nodular protusa de 4cm de diâmetro, ambas em região cervical direita. Mama D com nódulos cutâneos e parenquimatosos palpáveis. Mastectomia à esquerda. Os exames complementares demonstraram anemia normocítica discreta, bioquímica com hipoalbuminemia (2.2), VHS=24, função renal, hepática e eletrólitos normais.

TC de crânio com imagem compatível com isquemia e TC de tórax e abdome sem alterações. Exame Histopatológico: na derme profunda observam-se células tumorais com núcleos alongados dispostos isoladamente, em grupos ou em fileira (fila indiana) e células atípicas com núcleos hiper cromáticos e citoplasma eosinofílico dentro de um vaso linfático, caracterizando um êmbolo neoplásico.

Foram realizados: hormonioterapia com

Tamoxifeno e quimioterapia paliativa com pouca resposta terapêutica. evoluindo com piora do quadro e vindo a falecer.

SEGUNDO CASO

Paciente feminina, 63 anos, viúva, do lar, natural do RJ, refere nódulos endurecidos na região frontal e torácica anterior, e lesões eritematosas no couro cabeludo há 1 ano. Antecedentes de mastectomia D em 11/01 por CA ductal infiltrante grau II + radioterapia. Exame dermatológico: Ausência de linfonodos palpáveis. Mama esquerda sem achados. Mama direita irradiada, nodulação no seu terço superior com área endurecida de limites imprecisos. Face com 2 nódulos na região frontal com abaulamento ósseo local. Couro cabeludo com 3 lesões eritemato nodulares de 1x1cm de diâmetro

EXAMES COMPLEMENTARES

Cintilografia óssea – áreas com aumento da atividade osteogênica sugestivo

Imunohistoquímica – receptor de estrogênio ++ +/3+

TC de crânio : lesão lítica na região temporofrontal D com invasão de partes moles, infiltração de couro cabeludo e meninge.

Exame histopatológico: cortes histológicos de fragmento de pele exibe na derme neoplasia epitelial constituída pela proliferação de células atípicas de núcleos hiper cromáticos por vezes com nucléolos evidentes pleomórficos. Tais células acham-se dispostas em cordões ou esboçando estruturas glanduliformes e penetra até hipoderme. Adenocarcinoma metastático.

EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

A paciente foi classificada como estadio IV e submetida a hormonioterapia com tamoxifeno com resposta terapêutica parcial. Encontra-se ainda em tratamento.

COMENTÁRIOS

A grande maioria das metástases cutâneas das

mulheres origina-se em tumores da mama, que metastatizam tardiamente para pele, e que, raramente, são a primeira manifestação da doença . A apresentação clínica é variável sendo as formas nodular e em couraça as mais comuns.

FORMAS CLÍNICAS DE APRESENTAÇÃO

| TIPO | INCIDÊNCIA | ASPECTO CLÍNICO | DISSEMINAÇÃO |
|---------------------|------------------|-------------------------------------|------------------------|
| CA inflamatório | Raro | Semelhante a erisipela | Linfática |
| CA Teleangiectásico | Raro | Placas purpúricas e pseudovesículas | Linfática |
| CA em couraça | Comum | Enduração difusa | Linfática/Contiguidade |
| CA Nodular | Forma mais Comum | Nódulos firmes | Linfática/Contiguidade |
| Alopécia Neoplásica | Incomum | Semelhante a alopecia areata | Hematogênica |

A primeira paciente apresentava 2 formas clínicas de metástase : o carcinoma em couraça e o nodular, e a segunda paciente apresenta a forma nodular, sendo que em ambas a principal forma de disseminação é por via linfática.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Tratam-se de 2 casos exuberantes de metástase cutânea de CA de mama sendo o primeiro com surgimento tardio, 10 anos após a ressecção da neoplasia primária, e o segundo aparecendo como uma das forma de metástase em uma paciente com doença metastática disseminada

REFERÊNCIA

Brownstein, M. H; Helwig, E. B. Patterns of cutaneous metastasis. Arch Dermatol; 105 (6): 862-8, Jun. 1972.

Condutas do INCA. Câncer de mama. Rev. Bras. Canc; 47 (1): p. 9-19, 2001.

Goldhirsch A. Breast cancer in Textbook of Medical Oncology. [s.l]: [s.n], 2001. P. 54-82.

Koliren, L; Jaimovich, L; Santos, R. Aspectos clínicos y dermatológicos em el cáncer de mama avanzado. Su relación com la terapéutica y el pronóstico. Med Cutan Ibero Lat Am; 7 (4-6):65-79, 1979.

Mordenti C; Peris K; Concetta CF. Cutaneous metastatic breast carcinoma. Acta Derm Venereol; 9 (4): 50-59, 2000.

Neves RG; Lupi O; Talhari S. Câncer de pele. 393-405, 2001.

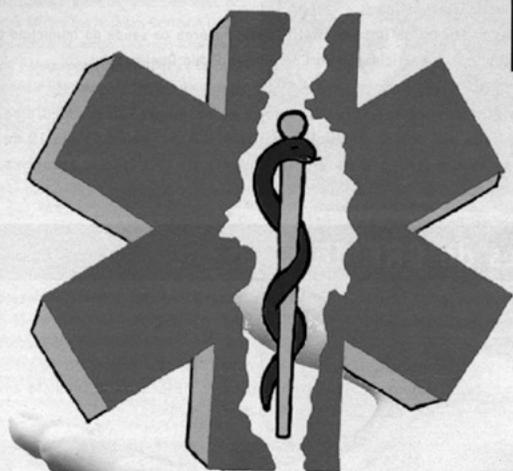
Lever WF; Lever GS. Histopatologia de pele. Sétima edição 592-4, 1991.

JORNAL DO
CREMERJ

ÓRGÃO INFORMATIVO
DO CONSELHO
REGIONAL DE
MEDICINA DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO -
DEZEMBRO - 2005 - Nº 1

2006

Certeza de
que a luta
pela Saúde
continua



**2º PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA 2005**

PRIMEIRO LUGAR NO 2º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2005

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Inicialmente parablenizo-os pela continuidade da premiação, mormente quando abatesse sobre nossas instituições um clima tão desfavorável à pesquisa e ao desenvolvimento continuado da prática médica.

O prêmio conferido ao Dr. Marcelo Moreira certamente foi um grande estímulo para que ele, à época um jovem residente do INCA prosseguisse no apuro de suas qualidades de cirurgião em busca de inserção positiva no mercado e respeito e consideração de seus pares. O trabalho: "EFEITO DA PENTOXIFILINA E CLORIDRATO DE BUFLOMEDIL EM RETALHOS RANDOMIZADOS DE RATOS SOB INFLUENCIA DE NICOTINA " foi fruto da nossa inquietação na lide com as eventuais dificuldades de perfusão dos retalhos utilizados na cobertura dos complexos defeitos proporcionados pelo tratamento do câncer em nossos pacientes, mormente naqueles tabagistas. A pesquisa, embora singela, acrescentou à nossa experiência os cuidados com as transferências de tecidos e a busca constante pela segurança vascular desses procedimentos.

Atualmente o Dr. Marcelo, hoje ingressado no INCA como cirurgião da sessão de Cirurgia Plástica, desenvolve competente trabalho no âmbito da Microcirurgia Reconstructiva, sendo reconhecido pelo seu indubitável interesse e dedicação aos pacientes. Não tenho duvida da importância da iniciativa do CREMERJ na formação e futuro dessa geração!

Muito Obrigado.

DR. PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE LEAL
CRM 52 18719-7

O MÉDICO PREMIADO

O Dr. Marcelo Moreira Cardoso é membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica desde 2005; membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica desde 2007; membro da Sociedade Americana de Cirurgia Plástica desde 2010; médico do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Vicente de Paulo desde 2005; médico do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro HFSE) desde 2006, atualmente, chefe de clínica; médico do Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia do Instituto Nacional de Câncer (INCa) desde 2009, atualmente responsável pelo departamento de microcirurgia.

Sócio da clínica de cirurgia plástica ELEV situada na Rua Barão de Lucena, número 48/05-Botafogo, telefone (21) 3208-2186.

DR. MARCELO MOREIRA CARDOSO

CRM 52 67534-2



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

EFEITOS DA PENTOXIFILINA E O CLORIDRATO DE BUFLOMEDIL EM RETALHOS RANDOMIZADOS EM RATOS SOB INFLUÊNCIA DA NICOTINA

Instituto Nacional de Câncer

RESIDENTE: Dr. Marcelo Moreira Cardoso

PRECEPTOR: Dr. Paulo Roberto Leal

RESUMO: São abundantes na literatura trabalhos que demonstraram os efeitos nocivos da nicotina na microcirculação, resultando em maior risco de isquemia de retalhos cutâneos. Na tentativa de reverter esses efeitos, foi desenvolvido um estudo experimental no qual foram testadas duas drogas: a pentoxifilina, que atua alterando a viscosidade sanguínea e o buflomedil, que é uma substância vasoativa com ação na microcirculação. Após tratamento com nicotina durante 6 semanas, 40 ratos foram subdivididos em 4 grupos e operados para confecção de um retalho cutâneo dorsal randomizado. O grupo A não recebeu tratamento com as drogas. Os grupos B e C foram tratados no pós-operatório durante 7 dias com pentoxifilina e buflomedil respectivamente. O grupo D controle recebeu apenas soro. Quando comparados houve uma diferença significativa entre os grupos A e D ($p < 0,05$) mostrando uma participação efetiva da nicotina na ocorrência de necrose. Os grupos tratados com as drogas mostraram uma resposta clínica importante na melhora da sobrevida dos retalhos entretanto esses valores não foram estatisticamente significantes ($p > 0,05$). Concluímos que essas drogas mostram alguma efetividade na reversão dos efeitos causados pela nicotina mas se faz necessário ampliar as amostras para obtermos resultados com significado estatístico.

DESCRITORES: ISQUEMIA – NECROSE – RETALHOS - TABAGISMO - NICOTINA

INTRODUÇÃO

Evidências clínicas e experimentais demonstram o aumento do risco de necroses de retalhos cutâneos em indivíduos expostos ao tabagismo. O aumento da morbidade devido à hipoperfusão vascular implica que os metabólitos da nicotina possuem importantes efeitos na microcirculação". Mosley e Finseth foram os primeiros a relatar os efeitos negativos na cicatrização observando a diminuição do fluxo sanguíneo nas regiões distais dos dedos e alteração na cicatrização na mão do fumante".

Outro estudo de Rees e cols. demonstrou que os pacientes fumantes têm probabilidade 2 vezes maior de desenvolver necroses cutâneas após ritidectomia quando em comparação aos não fumantes.

A fumaça do cigarro contém mais de 3.800 componentes, mas só o monóxido de carbono, o óxido nítrico, o hidrogênio, a cianida e a nicotina têm sido amplamente identificados como os mais importantes causadores dos efeitos negativos, tanto no sistema cardiovascular como na microcirculação da

pele' l). A nicotina diminui o fluxo sanguíneo cutâneo em 30 a 40% devido ao estímulo de liberação de catecolaminas e norepinefrina, produzindo vasoconstrição. Reduz a síntese de prostaciclina vasodilatadora e aumenta a liberação de tromboxane, vasoconstritor. Na microcirculação atua induzindo ativação e agregação plaquetária, produzindo microtromboses. Além disso, altera o processo de cicatrização das feridas ao diminuir a proliferação de fibroblastos e macrófagos e estimular as catecolaminas, que são cofatores em formação de chalonas, as quais inibem o processo de epitelização.

Alguns estudos foram realizados com drogas vasodilatadoras como a nifedipina e a nitroglicerina em ratos expostos à fumaça de cigarro, com resultados clínicos significativos na sobrevida de retalhos randomizados^v.

A pentoxifilina é um derivado das metilxantinas utilizado no tratamento da claudicação intermitente, que melhora a viscosidade sanguínea, uma vez que aumenta a capacidade de deformação dos eritrócitos e granulócitos, diminui os níveis de fibrinogênio e a liberação de tromboxane, inibe a agregação plaquetária e aumenta os níveis de prostaciclina. Em indivíduos com coagulação sanguínea normal não foram evidenciados esses efeitos, somente alteração da viscosidade sanguíneaⁱⁱⁱ.

O cloridrato de buflomedil é uma substância vasoativa com ação na microcirculação cerebral e periférica, que age através do bloqueio de passagem de cálcio para a musculatura lisa vascular. Não apresenta ação bloqueadora adrenérgica e nem modifica as constantes hemodinâmicas^v. Devido a esses efeitos, tem sido utilizado empiricamente na cirurgia plástica para melhorar a perfusão dos retalhos, sem ainda existir um estudo que demonstre a efetividade dessa droga.

OBJETIVO

O primeiro objetivo é estabelecer os efeitos negativos da nicotina na sobrevida de retalhos randomizados em ratos. O segundo é verificar a

influência da pentoxifilina (Trental[®] ou Pentox[®]) e do cloridrato de buflomedil (Bufedil[®]) na sobrevida de retalhos randomizados em ratos expostos à nicotina em doses que produzem níveis comparáveis a de fumantes humanos.

MATERIAL E MÉTODO

Quarenta ratos da raça LOU / M, fêmeas, com peso entre 250 e 350 g e idade entre 6 a 8 meses foram utilizados no estudo. Este grupo foi dividido randomizadamente em 4 grupos, com 10 animais cada um :

A: ratos expostos a nicotina

B e C: ratos expostos a nicotina e a drogas

D: grupo controle

GRUPOA: NICOTINA +

SORO

Nicotina: 0,5 mg/kg em 0,1 ml de solução salina injetada no subcutâneo 2 vezes/dia por 6 semanas no pré-operatório e 1 semana no pós-operatório.

Soro: 1 ml de solução salina intraperitoneal por 1 semana no pós-operatório.

GRUPOB: NICOTINA +

PENTOXIFILINA

Nicotina: 0,5 mg/kg em 0,1 ml de solução salina injetada no subcutâneo 2 vezes/dia por 6 semanas no pré-operatório e 1 semana no pós-operatório.

Pentoxifilina: 20 mg/kg em 1,0 ml de solução salina intraperitoneal 2 vezes/dia por 1 semana no pós-operatório.

GRUPOC: NICOTINA +

BUFLOMEDIL

Nicotina: 0,5 mg/kg em 0,1 ml de solução salina injetada no subcutâneo 2 vezes/dia por 6 semanas no pré-operatório e 1 semana no pós-operatório.

Buflomedil: 34,2 mg/kg em 1,0 ml de solução salina intraperitoneal 2 vezes/dia por 1 semana no pós-operatório.

GRUPO D: GRUPO CONTROLE: SORO + SORO

Soro: 0,1 ml de solução salina por via subcutânea 2 vezes/dia por 6 semanas e 1,0 ml intraperitoneal 2 vezes/dia por 1 semana no pós-operatório.

TÉCNICA

Inicialmente realizamos um teste piloto para ajuste da dose da nicotina. Durante 1 semana, os 30 ratos foram submetidos a aplicações de nicotina intradérmica na dose inicial de 2 mg/kg, que foi lentamente diminuída até alcançar uma dose não convulsivante. A dose padrão ficou estabelecida em 0,5 mg/kg, compatível com várias descrições da literatura (1,2).

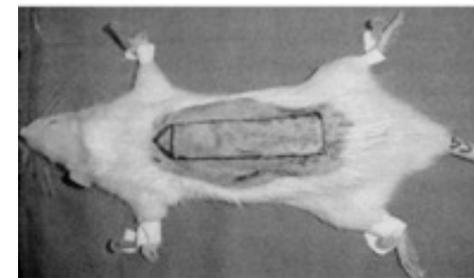


Fig. 1 - Marcação do retalho na região dorsal do rato.

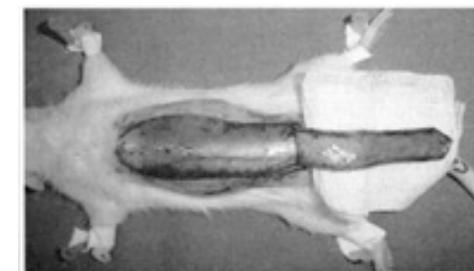


Fig. 2 - Confeção do retalho dorsal.

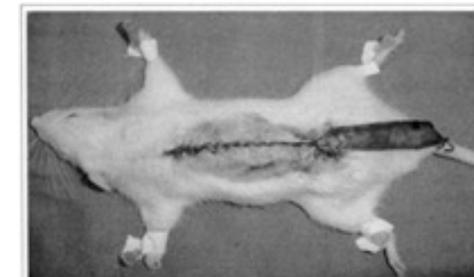


Fig. 3 - Síntese primária da área doadora com fixação do enxerto na base do retalho.

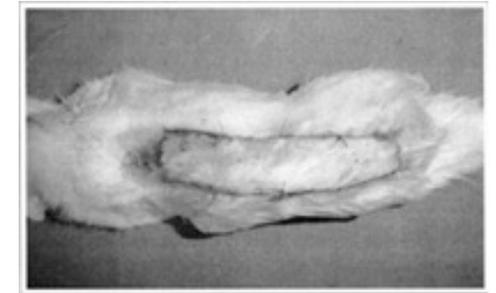


Fig. 4 - Fixação do retalho na região dorsal após sutura da área doadora.

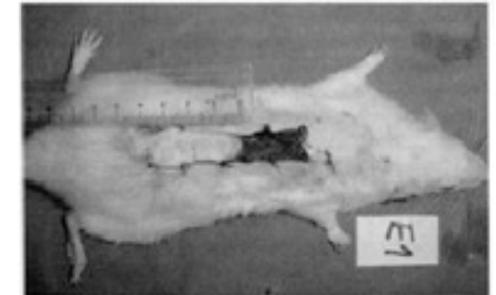
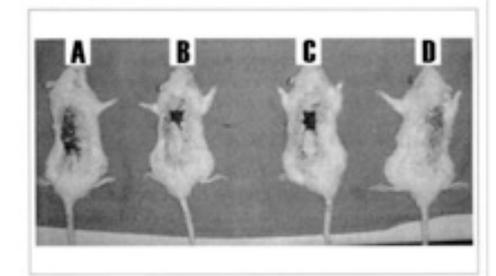


Fig. 5 - Medida da área viável em centímetros.



Após 6 semanas de tratamento com nicotina para os grupos A, B, e C e soro para D, os ratos foram submetidos ao procedimento cirúrgico. Para anestesia utilizou-se Ketamina + Clorpromazina nas doses de 2,5 mg/kg e 0,5 ml/kg, respectivamente, por via intramuscular. Os retalhos dorsais foram realizados segundo a técnica de Mc Farlane modificada por Hammond de base caudal, baseados no nível da crista ilíaca posterior, constituídos por pele e panículo carnosos (Figs. 1 e 2).

Para o desenho desses retalhos, foram utilizados moldes de 2 x 7 cm, adicionando um triângulo de compensação em sua extremidade distal (2 x 1,5 x 1,5) que foi utilizado como enxerto de pele total (Fig. 1).

Após a dissecação e elevação do retalho, a área doadora foi aproximada primariamente com sutura contínua (Fig. 3). O enxerto foi fixado à base do retalho elevado para impedir qualquer contato deste com o leito vascularizado onde, normalmente, não é possível a aproximação da área doadora. O retalho foi fixado sobre a pele dorsal suturada com 4 pontos laterais, equidistantes e um em cada ângulo (Fig. 4). Após o procedimento, a região dorsal dos ratos foi envolvida com curativo tipo Bioclusive e eles foram colocados em gaiolas separadas, recebendo água e comida ad libitum.

Os ratos dos grupos A, B e C continuaram recebendo nicotina durante o pós-operatório e os grupos B e C receberam pentoxifilina e buflomedil, respectivamente. O grupo D continuou recebendo soro intramuscular e intraperitoneal.

O percentual de necrose da pele dos retalhos foi avaliado no 5º e 7º dia de pós-operatório e observado por mais um dia para confirmação desses dados. As medidas foram efetuadas em milímetros e a área de tecido viável foi calculada em cm (Fig. 5).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para avaliar o trabalho foi utilizado Teste F (Anova) para análise dos quatro grupos e o Teste T foi aplicado para análise pareada dos grupos A x B, A x C, A x D, B x D e C x D. Foram calculadas as médias e os desvios padrão. A significância adotada foi para "p" menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Os resultados de cada grupo estão expostos na Tabela 1.

Houve, em todo experimento, um total de 4 mortes, sem um fator causal identificável. Essas mortes ocorreram durante o procedimento anestésico ou no pós-operatório imediato. Alguns ratos foram excluídos do trabalho, pois, apesar do cuidado para isolar a área operada com curativo oclusivo, ocorreu autofagia de parte do retalho, dificultando uma avaliação adequada.

Para esses resultados apresentados foram

calculadas as médias de cada grupo e o desvio padrão, que foi de: grupo A = $6,83 \pm 0,70$, grupo B = $7,71 \pm 1,73$, grupo C = $7,68 \pm 1,42$ e grupo D = $8,91 \pm 2,67$ (Fig. 8). O grupo que apresentou menor desvio padrão foi o A e o que apresentou maior desvio foi o D.

O resultado do Teste F foi 1,65 e mostrou um $p > 0,05$, portanto não foi significativo. As análises pareadas com Teste T resultaram em $p < 0,05$ quando comparados os grupos A e D (Fig. 7). Os demais grupos, apesar de clinicamente expressarem uma notória diferença, não tiveram "p" significativo a 5% (Fig. 6).

DISCUSSÃO

A farmacocinética da nicotina tem sido bastante estudada e diversos modelos experimentais existem na tentativa de simular os efeitos do tabagismo no ser humano. Trabalhos realizados comparando a ação da nicotina em forma de base com a do sal tartarato mostraram que a primeira exibe um nível plasmático maior e mantido por mais tempo. Dessa forma, quando optamos por utilizar a base, necessitamos ajustar a dose previamente definida para a administração do tartarato. Por esse motivo, reavaliamos um teste piloto, durante uma semana, para estudar os efeitos clínicos da droga e definir a dose não letal para aquela linhagem de ratos escolhida.

Outra dificuldade constante ao estudar os efeitos da nicotina em modelos experimentais é alcançar o nível plasmático que realmente simule um adulto fumante. As variáveis, como o tipo de exposição (fumaça de cigarro, injeções subdérmicas, cápsulas de liberação lenta), quantidade de exposições/dia para manutenção do nível plasmático constante, tempo de tratamento, tipo de nicotina, linhagem do animal utilizado, são muitas e influenciam sobremaneira os resultados encontrados. Portanto, tais variáveis necessitam de outros estudos para serem mais bem definidas.

Optamos, baseados em um extenso levantamento bibliográfico, por definir o tempo de tratamento com nicotina em 6 semanas. Durante o procedimento cirúrgico, amostras de

sangue dos animais foram colhidas e estocadas para prosseguir os estudos com a dosagem do nível plasmático de cotinina, metabólito da nicotina. Mas podemos considerar o tratamento efetivo, uma vez que, quando comparados os grupos A (nicotina) e D (soro), encontramos uma diferença significativa ($p < 0,05$) na sobrevida dos retalhos dos ratos não-fumantes.

A atuação da pentoxifilina na sobrevida de retalhos randomizados tem sido bastante explorada. Seus efeitos hematológicos incluem aumento da capacidade de deformação eritrocitária e aumento do fluxo sanguíneo capilar. Entretanto, outros resultados têm sido descritos. A pentoxifilina aumenta o estado de hipercoagulabilidade, diminuindo a agregação plaquetária, aumentando a plasmina, o fator ativador de plasminogênio, a antitrombina III, e diminuindo o fibrinogênio, alfa-2-antiplasmina, alfa-1-antitripsina e alfa-2-macroglobulina".

Tabela I

| Rato | Grupo A | Grupo B | Grupo C | Grupo D |
|-------|---------|---------|---------|---------|
| 1 | † | 8,2 | 7,6 | 4,2 |
| 2 | 7 | 6,6 | 6 | 11,6 |
| 3 | 7 | † | 5,6 | * |
| 4 | 5,8 | 6,6 | 8,6 | * |
| 5 | 7,2 | 6,4 | 8,2 | * |
| 6 | 6,4 | 9,4 | 9 | 9 |
| 7 | * | 7,8 | 11 | 7,2 |
| 8 | † | 10 | 7,4 | 10,6 |
| 9 | 8 | 6,4 | 6 | 11,6 |
| 10 | 6,4 | † | † | 8,2 |
| média | 6,83 | 7,68 | 7,71 | 8,91 |

Medidas das áreas viáveis dos retalhos de cada grupo em cm²
*Impossibilidade de aferição adequada da área viável.

Apesar de todos os efeitos descritos, sua aplicabilidade clínica ainda é controversa. Estudos experimentais têm mostrado resultados conflitantes. Alguns autores como Karacaoglan e col. demonstraram aumento na sobrevida de retalhos com uso da pentoxifilina.

Enquanto outros não correlacionam as alterações microscópicas com o aumento

da sobrevida do retalho. Outro aspecto importante é o período de início do tratamento. Para Williams e cols. (14) é necessário um tratamento pré-operatório de, no mínimo, 14 dias para alcançar os efeitos desejados. Já o trabalho realizado por Hayden, testando 3 diferentes regimes de uso, incluindo administração pré-operatória, não confirmou os achados anteriores.

Neste trabalho iniciamos a aplicação da droga no mesmo dia da cirurgia, com base em trabalhos já realizados, prolongando o uso por 7 dias. Os resultados mostraram uma melhora na sobrevida dos retalhos, como podemos observar na Tabela I e no Fig. 8, entretanto esses valores não foram significativos ($p > 0,05$).

O cloridrato de buflomedil apresenta um efeito inibitório na agregação plaquetária e melhora a capacidade de deformação dos eritrócitos com fluibilidade anormal. Estudos realizados in vitro sugerem que esta droga tem efeito antagonista inespecífico do íon cálcio e um efeito de bloqueio dos receptores alfa, não específico.

Os estudos experimentais têm mostrado bons resultados na tentativa de reverter a isquemia de retalhos. Uhl e cols. (18) demonstraram que essa droga pode ter uso terapêutico em retalhos cutâneos e que o tratamento pré-operatório adicional por 5 dias não alterou os resultados anteriores. Outro trabalho, iniciando o tratamento 4 horas antes da operação e 5 minutos após, resultou em valores significativos para os dois grupos.

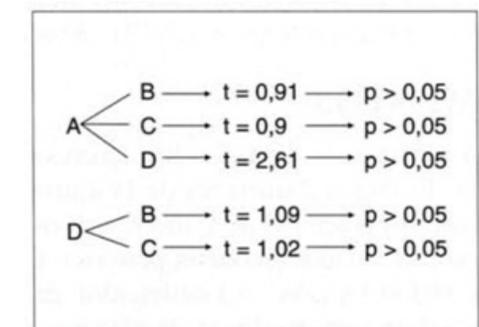


Fig. 7 - Resultado do teste T para cada par e sua significância.

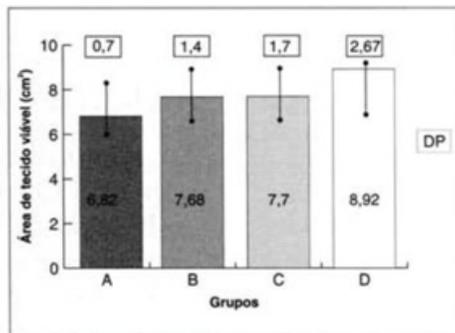


Fig. 8 -Média das áreas de cada grupo e desvio padrão.

Em nosso estudo, o buflomedil foi utilizado da mesma forma que a pentoxifilina. O resultados encontrados também foram bastantes semelhantes. Não houve significância quando comparado o grupo tratado com buflomedil com os demais grupos, apesar de marcada melhora clinica. Atribui-se a esse achado, assim como aos resultados encontrados no grupo da pentoxifilina, o fato de a amostra ser pequena, mesmo tratando-se de um estudo experimental. Possivelmente, aumentando o número de eventos, diluir-se-iam os resultados discrepantes, como o observado no rato D1, que destoa completamente dos achados no restante do grupo. Dessa forma, podemos inferir que existe uma tendência deste estudo a se tornar estatisticamente significativa, aumentando o número de observações em cada grupo.

CONCLUSÃO

Diversas drogas têm sido testadas na tentativa de reverter os efeitos deletérios da nicotina, entretanto, os achados ainda permanecem obscuros. Nenhum resultado definitivo foi encontrado, mas há evidências clinicas de que algumas medicações exercem efeitos favoráveis, melhorando a sobrevida dos retalhos cutâneos. Este trabalho confirmou os já descritos efeitos da nicotina, mostrando maior sofrimento dos retalhos confeccionados em ratos expostos a essa droga. O buflomedil e a pentoxifilina, apesar da melhora apresentada na vascularização dos retalhos, não registraram resultados estatisticamente significantes.

Assim, necessitamos ampliar nossa pesquisa, aumentando o número de casos de cada grupo para que os dados se tornem significantes.

REFERÊNCIAS

- Forresr CR, Oang CY, Lindsay WK. Pathogenesis of ischemic necrosis in random-pattern skin flaps induced by long-term low dose nicotine treatment in the rato Plast Reconstr Surg 1991; 87(3):518-28.
- Aker JS, MancoU I, Lewis B, CoUen LB. The effect of Pentoxifylline on random-pattern skin-flap necrosis induced by nicotine treatment in the rat, Plast Reconstr Surg 1997; 100(1):66-71.
- Rees TD, Liverett DM, Guy CL. The effect of cigarette smoking on skin-flap survival in the face lift patient. Plast Reconstr Surg 1984; 73(6): 911-5.
- Davis BW, Lewis RD, Penningron G. The impact of vasodilators on random-pattern skin flap survival in the rat folowing mainstream smoke exposure. Ann Plast Surg 1998; 40(6):630-6.
- Thomas JG, MD, Rainer KES, Hammersen P, MD, Messmer K, MD. Increase in skin-flap survival by the vasoactive drug buflomedil. Plast Reconstr Surg 1991; 87(1):130-41.
- Mcfarlane RM, De Young G, Henry RA. The design of a pedicle flap in the rat to study necrosis and its prevention. Plast Reconstr Surg 1965; 35:177.
- Hammond DC, Brooksher RD, Mann RI, et aloThe dorsal skin flap model in the rat factors influencing survival. Plast Reconstr Surg 1993; 91(2):316-21.
- Nolan I, lenkins RA, Kurihara K, Schultz R. The acutte effecta of cigarette smoke exposure on experimental skin f1aps. Plast Reconstr Surg 1985; 75(4):544 -51.
- Forrest CR, Pang CY, Lindsay WK. Dose and time effects of nicotine treatment on the capillary blood flow and viability of random patten skin flaps in the rato Br J Plast Surg 1987; 40(3):295-9.
- Freedman AM, Hyde GL, Luce EA. Failure of pentoxifylline to enhance skin flap survival in the rato Ann Plast Surg 1989; 23(1):31-4.
- Samlaska Cp, Winfield EA. Pentoxifylline. J Am Acad Dermatol1994; 30(4):603-21.
- Karacaoglan N, Akbas H. Effect of parenteral pentoxifylline and topical nitroglycerin on skin flap

survival. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 120(2) :272-4.

- Pratt MP, WiUiams PB. PentoxifyUine and acerylsalicylic acid in a pig random skin-f1ap model. J Otolaryngol 1996; 25(6):393-8.
- Williams PB, Hankins DB, Layton CT, Phan T, Pratt ME Longterm pretreatment with pentoxifylline increases random skin flap survival. Arch Otolaryngol Head eck Surg. 1994 Jan;120(1):65-71
- Hayden RE, Snyder BJ. Pharmacologic manipulation of random skin flaps with pentoxifylline. Laryngoscope 1993; 103(2):185-8.
- Monteiro DT, Santamore wp, emir PJR. The in-fluence of pentoxifylline on skin-flap survival. Plast Reconstr Surg 1986; 77(2):277-81.
- Quirinia A, Gottrup F, Viidik A. Failure of buflomedil to improve healing in ischaemic kin flaps. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 1996; 30(2):81-7.
- Uhl E, Rosken p, Curri SB, Menger MD. Reduction of skin flap necrosis by transdermal application of buflomecil bound to liposomes. Plast Reconstr Surg 1998; 102(5):1598-1604.
- GaUa TI, Saetzler RK, Harnmersen F, Messmer K. Increase in skin-flap survival by the vasoactive drug buflomedil. Plast Reconstr Surg 1991; 87(1):130-6.

SEGUNDO LUGAR NO 2º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2005

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

É muito bom poder ter a oportunidade de comentar sobre um momento de minha vida quando pude ter por alguns anos a oportunidade de coordenar a Residência Médica em Obstetrícia na Maternidade Praça XV.

Em 2005 a Maternidade retornou com a Residência após longos anos de ausência. Fizemos um convenio com o Hospital de Ipanema que ficou com a Ginecologia e nós com a Obstetrícia. Nossos colegas foram extremamente dedicados nessa nova fase em passar seus conhecimentos àqueles que iniciavam na especialidade. O ensinamento passava pela necessidade de se ter uma produção científica para que os residentes se estimulassem cada vez mais. Nesse ano, a Dra. Ana Cristina Lacerda Macedo começou seu estágio e cedo despontou seu interesse pelas atividades. Nossa maternidade era referência para a gestante adolescente, fato que motivava a todos pela satisfação em proporcionar carinho e dedicação a elas.

Com a divulgação pelo CREMERJ do Prêmio de Residência Médica ela me pediu orientação para fazermos um estudo com as adolescentes. Ela já no início de sua Residência mostrava a profissional que se tornaria. Incansável, dedicada e principalmente carinhosa com as meninas e pode assim dar seguimento ao trabalho até o fim com muito afinco.

É esse breve relato que posso deixar registrado de uma pessoa que certamente está brilhando em suas atividades profissionais no estado que escolheu para trabalhar: o Espírito Santo. Em 16/09/2016

DR. ANDERSON ANÍSIO
CRM 25785-9

A MÉDICA PREMIADA

Estudei na Escola de Medicina e Cirurgia – UNIRIO e fiz residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, R1 e R2 no Hospital de Ipanema e Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth e R3 no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Na faculdade desenvolvemos projetos de extensão universitária e uma pesquisa com gestantes soropositivo para HIV. Na residência nosso hospital era referência no atendimento de adolescentes e ficamos motivados a dialogar com elas e conhecer melhor este universo, projeto que rendeu este prêmio. Um ano e meio após a conclusão da residência médica tive minha primeira filha e decidimos nos mudar para uma cidade menor.

Em Colatina, interior do Espírito Santo, onde hoje resido, sou professora do curso de medicina do UNESC, fiz mestrado e no momento estou cursando o doutorado, sempre com foco em epidemiologia e saúde pública. E, dentre outros, desenvolvi uma nova pesquisa com gestantes adolescentes, agora com meus alunos de Iniciação Científica! Despertar nos futuros médicos o interesse por compreender o contexto social no qual as gestações e comorbidades acontecem, estimular que se importem e se vejam como agentes de mudança é hoje o grande desafio.

DRA. ANA CRISTINA LACERDA MACEDO

CRM 52 78088-0



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

COMPORTAMENTO SEXUAL E AUTO-IMAGEM DE GESTANTES ADOLESCENTES

Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth

RESIDENTE: Dra. Ana Cristina Lacerda Macedo

PRECEPTOR: Dr. Anderson Anísio

RESUMO: Este estudo visa identificar o perfil comportamental sexual e de auto-imagem das gestantes adolescentes e desta forma contribuir para melhor assistência a estas mulheres e mais eficiente abordagem de políticas públicas quanto ao tema. **MÉTODO:** Estudo transversal, com aplicação de questionário estruturado em gestantes de 10 a 19 anos, atendidas no Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth no pré-natal, enfermaria de gestantes ou puerpério, de julho de 2005 a dezembro de 2006, solicitando consentimento informado. **RESULTADOS E CONCLUSÃO:** Foram entrevistadas 66 adolescentes. A gestante adolescente atendida no HMON tem 17 anos, é solteira, sua sexarca foi aos 14 anos, teve 1 ou 2 parceiros sexuais e sua primeira gestação ocorreu entre 0 e 6 meses após a sexarca, sendo esta uma gestação não desejada. Não usa camisinha “nunca”, não utilizava método anticoncepcional à ocasião da gestação. Dentre as que usavam, escolheram a camisinha, que acreditam ter falhado por utilização incorreta do método. Esta é a primeira gestação. Quanto à auto-imagem, declara que se achava bonita antes de engravidar, e que com a gestação ficou menos bonita. Antes de engravidar, pretendia estudar para seguir uma profissão, e acredita que conseguirá concretizar seus planos.

DESCRIPTORIOS: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA - AUTO-IMAGEM - COMPORTAMENTO SEXUAL

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é definida como aquela que ocorre em mulheres com menos de 19 anos, inclusive, e não se trata de um fenômeno novo. Em todo o mundo, especialmente nos países mais tradicionais, os casamentos ocorriam costumeiramente quando a menina estava no início da adolescência, seguida de gestação nos anos consecutivos¹. No entanto, ao longo dos últimos dois séculos as estruturas social e familiar vêm se modificando, no contexto da industrialização, trabalho feminino, necessidades crescentes de bens de consumo e de investimento em educação. O aumento da independência dos

pais contribuiu para tornar mais frequentes as relações sexuais antes do casamento. Acredita-se ainda que o decréscimo na idade da menarca, fenômeno identificado em vários países¹, pode ter contribuído para o aumento do número de casos.

Uma menina de 14 anos, grávida. Que impacto terá a gravidez na vida desta adolescente, de seu parceiro, de suas famílias e desta criança que vai nascer? Muitas, muitas meninas grávidas. Além das mudanças para os indivíduos e núcleos familiares, que impacto terão estas gestações precoces na sociedade? A gestação traz grandes modificações para a vida do casal, especialmente da mulher e se ocorre

em momento inadequado. Questões pessoais e sociais propiciam a ocorrência da gestação na adolescência, e esta tem impacto relevante tanto na vida da mãe, do pai, da criança que nascerá e suas famílias quanto na sociedade.

Assim, este estudo visa identificar o perfil comportamental sexual e de auto-imagem das gestantes adolescentes e desta forma contribuir para melhor assistência a estas mulheres e mais eficiente abordagem de políticas públicas quanto ao tema.

A ADOLESCÊNCIA, MOMENTO DE CRISE

A Organização Mundial de Saúde –OMS- define que adolescência é compreendida entre 10 e 19 anos. No Brasil, a Lei nº 8069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera adolescente a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade. Para fins de pesquisa, considera-se geralmente a primeira definição. Segundo censo realizado em 2002, há, no Brasil, 33 milhões de adolescentes² e no município do Rio de Janeiro, eles correspondem a 16,18% da população³.

O conceito de adolescência pode ser definido como “fase de adaptação aos caracteres sexuais secundários, busca da autonomia como indivíduo independente e, ainda, abertura da capacidade de estabelecer um código de ética próprio ou escalas de valores”⁴. Esta “busca da autonomia” poderá ocorrer de diferentes formas, de acordo principalmente com o meio familiar no qual o adolescente vive. Enquanto alguns a buscam através do estudo, já que uma profissão o ajudará a compor sua identidade, função na sociedade e a alcançar independência financeira, outros não identificam esta perspectiva. Estes vão buscar status social através da liderança de grupos dentro do espectro de suas amizades ou de liderança de grupos com comportamento anti-social. Dentre as meninas, a busca por compor sua identidade e feminilidade e por definir sua função social pode levá-la à gravidez. A autonomia ocorre ainda de modo diferente entre os sexos. Em estudo com adolescentes de escolas municipais do Rio de Janeiro,

identificou-se que “...tanto no fato de participar de eventos sociais, como na atividade sexual ou no uso de qualquer tipo de prevenção, os adolescentes do sexo masculino se mostraram mais dispostos a declarar que sua vontade predominava sobre a das mulheres.”⁵. Por estar ainda “se adaptando a seus caracteres sexuais secundários”, à sua aquisição da identidade feminina; por estar ainda “estabelecendo sua escala de valores” e sua auto-imagem, além de questões culturais de depreciação da mulher costumeiramente presentes, frequentemente a adolescente não declara sua vontade, seus limites e não negocia o uso de métodos contraceptivos.

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria, FEBRASGO, divulgou que em 1999 26,96% das adolescentes estavam grávidas.⁶ Gama nos informa ainda que “entre 1989 e 1995, 20% dos nascidos vivos eram filhos de adolescentes, especialmente de 15 a 19 anos. No entanto a faixa de 10 a 14 anos apresentou o maior incremento neste período, de 7,1% ao ano”⁷. E qual é o significado de uma gestação precoce?

O impacto inicial poderá ser vivenciado de formas distintas. Em um estudo sobre o processo de assumir a gestação, Amazarray identificou que o padrão é uma reação adversa ao fato de ter engravidado, sendo comuns sentimentos de conformidade, surpresa, perplexidade, arrependimento e desespero. As entrevistadas relataram ainda dificuldade para frequentarem a escola e conseguir bons empregos, mas acreditavam que a gravidez representou um fator de amadurecimento em suas vidas.⁸ Outros autores acreditam que trata-se de um engano, já que com a gestação a adolescente torna-se mais fragilizada e sua auto-estima diminui, ao mesmo tempo que a sociedade cobra que ela se torne adulta e não mais adolescente.⁹ Apesar de todas estas dificuldades, são poucas as meninas que se arrependem da gestação precoce. A maioria se sente agora importante e pretende dar uma educação diferente da que recebeu. Lutar pelo

filho torna-se um impulso para buscar uma nova vida.¹⁰

Para a família, pesam o aspecto financeiro e a sensação de ter falhado na educação da adolescente. Entretanto, a gravidez precoce vem se tornando cada vez mais socialmente aceita, especialmente porque muitas vezes a adolescente em questão é também fruto de uma gestação nas mesmas condições.

Para a criança que vem ao mundo, a falta de estrutura familiar e financeira são contextos frequentes. Quando a mãe é proveniente de um lar no qual recebia maus-tratos, é maior o risco de ocorrer o mesmo para o recém-nato.¹ A perspectiva de ter uma formação adequada, apesar das dificuldades, dependerá de múltiplos fatores, incluindo a ação do Estado na realidade desta nova família.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como transversal e teve como objeto de estudo gestantes de 10 a 19 anos, atendidas no Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth no pré-natal, enfermagem de gestantes ou puerpério. Foi realizada elaboração do projeto, elaboração de questionário estruturado após atualização bibliográfica e submissão do questionário a pré-teste, adequando as opções de resposta. O projeto foi submetido à Comissão de Ética da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro e aprovado. Realizou-se trabalho de campo de julho de 2005 a dezembro de 2006, solicitando consentimento informado às pacientes e responsáveis, caso as mesmas fossem menores de 18 anos. Os dados foram registrados e analisados utilizando o EPI INFO 3.4.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 66 adolescentes, que tinham em média 16,7 anos, variando de 13 a 19 anos (moda 17, desvio padrão 1,5).

Quanto ao estado civil, 53,1% se declaram solteiras (40,3-65,4 IC), 42,4%, solteiras com companheiro (30,3-55,2 IC) e 4,5%, casadas (0,9-12,7 IC). Figura 1.

A idade média à ocasião da sexarca foi de 14,4 anos (moda 13, desvio padrão 1,8).

Perguntadas quanto ao número de parceiros desde a sexarca, 57,6% (44,8-69,7 IC) respondeu que teve 1 ou 2 parceiros, 16,7% (8,6-27,9 IC) respondeu que teve 3 ou 4 parceiros, 16,7% (8,6-27,9 IC), 5 ou 6 parceiros e 9,1% (3,4-18,7 IC), mais de 7 parceiros. Figura 2.

O período entre a sexarca e a primeira gestação foi menor que 6 meses em 27,3% dos casos (17,0-39,6 IC), 7 a 12 meses para 16,7% (8,6-27,9 IC), 1 até 2 anos para 25,8% (15,8-38,0 IC), de 2 até 3 anos para 16,7% (8,6-27,9 IC) e maior que 3 anos para 13,6% (6,4-24,3 IC) das entrevistadas.

A gestação foi planejada em 28,8% (18,3-41,3 IC) dos casos e não-planejada em 71,2% (58,7-81,7 IC). Quanto ao uso de preservativo masculino, 47% (34,6-59,7 IC) declarou que não o utiliza “nunca”, 31,8% (20,9-44,4 IC), “às vezes”, 15,2% (7,5-26,1 IC) “quase sempre” e 6,1% (1,7-14,8 IC), “sempre”.

Perguntadas se utilizavam algum método anticoncepcional, no grupo que respondeu que não planejou engravidar, 51,5% (38,9-64,0 IC) declarou que “não” e 48,5% (36,0-61,1 IC), que “sim”. Quanto ao método escolhido, 37,5% (21,1-56,3 IC) optou pelo preservativo masculino, 3,1% (0,1-16,2 IC) contraceptivo hormonal e preservativo, 21,9% (9,3-40,0 IC), preservativo e coito interrompido, 12,5% (3,5-29,0 IC) declarou utilizar somente coito interrompido e 25% (11,5-43,4 IC) somente contracepção hormonal.

Questionadas quanto à razão da falha do método ou por quê este não foi utilizado, este grupo respondeu da seguinte forma: 28,1% (13,7-46,7 IC) foram incluídos na categoria “utilização incorreta”, pois declaram que o preservativo “estourou” ou “saiu” ou não usou o contraceptivo hormonal de maneira correta; 18,8% (7,2-36,4 IC), “esqueceu”; 6,3% (0,8-20,8 IC) “não quis usar”; 6,3% (0,8-20,8 IC), “o parceiro não quis usar”; 21,9% (9,3-40,0), “não tinha o preservativo a mão” e 18,8% (7,2-

36,4 IC) declarou que “não sabe”.

Quanto ao número de gestações, 73,1% (59,3-82,0 IC) das entrevistadas eram gestantes pela primeira vez; 20,9% (11,9-32,6 IC) estavam na segunda gravidez; 1,5% (0,0-0,8 IC) na terceira; 3% (0,4-10,4 IC) na quarta e 1,5% (0,0-0,8 IC) na quinta gestação. Quanto ao índice de abortamento, incluindo os espontâneos e provocados, 83,6% (70,8-90,4 IC) negaram que tenha ocorrido, 14,9% (7,4-25,7 IC) teve 1 abortamento, 1,5% (0,0-0,8 IC), 2 abortamentos e 1,5% (0,0-0,8 IC), 3 abortamentos (em tempo: 1,5% equivale a 1 entrevistada, a mesma que estava na quinta gestação).

As entrevistadas foram inquiridas se consideravam-se “bonitas” antes de engravidar: 77,3% (65,3-86,7 IC) declarou que “sim”, 9,1% (3,4-18,7 IC) que “não” e 13,6% (6,4-24,3 IC), “mais ou menos”. Com a gestação, 10,6% (4,4-20,6 IC) acredita que ficaram “mais bonitas”; 37,9% (26,2-50,7 IC), “menos bonitas”; 24,2% (14,5-36,4 IC) acredita que “não mudaram” e 27,3% (17,0-39,6 IC), que ficaram bonitas de “forma diferente”.

Quanto aos planos para o futuro que nutriam antes de engravidar, 56,1% (43,3-68,3 IC) declarou que pretendia seguir uma profissão que requer nível superior; 27,3% (17,0-39,6 IC), trabalhar em área que não requeira nível superior; 4,5% (0,9-12,7 IC) pretende ser “do lar” e 12,1% (5,4-22,5 IC) não tinha planos para o futuro. Questionadas se acreditam que conseguirão realizar seus planos, 65,2% (52,4-76,5 IC) declarou que “sim”, 7,6% (2,5-16,8 IC) que “não”, 12,1% (5,4-22,5 IC) não tinha planos e 15,2% (7,5-26,1 IC) respondeu que “não sabe”.

DISCUSSÃO

Os dados sobre estado civil evidenciam que a maior parte das entrevistadas não vive em situação marital com o parceiro, o que poderá significar instabilidade emocional e financeira para esta gestante. Como evidenciado na pesquisa publicada por Sabroza, “o nível de sofrimento psíquico foi maior nas adolescentes

cuja reação familiar à gestação foi ruim, ..., ou não viviam com o pai do bebê”.¹¹

A idade média à ocasião da sexarca foi de 14,4 anos, o que está de acordo com levantamento realizado em Maceió, no qual em 2470 adolescentes a sexarca foi aos 14,1 anos”.¹²

O período entre a sexarca e a primeira gestação foi menor que 1 ano para 44% das entrevistadas. Algumas das razões apontadas para esta grande parcela de gestações no primeiro ano após a sexarca é de que quanto mais cedo ela ocorre, mais frequente que a adolescente não procure informações sobre contracepção. Este comportamento se estabelece seja por vergonha, por repressão ou por não compreender o impacto de uma gestação e o quão provável é que ela ocorra.^{13,14}

A gestação foi planejada em 28,8% dos casos e não-planejada em 71,2%. Este dado demonstra que são necessárias ações diversificadas na prevenção destas gestações, que frequentemente estão voltadas para as gravidezes eventuais e no entanto percebe-se que uma parcela significativa delas é desejada. Além das ações em prevenção, é necessário ainda refletir sobre casos em que um jovem casal, estável, deseja gestar: “Caso um casal adolescente queira ter filhos, trata-se de um direito, mas tem que ser com uma atitude planejada e ambos devem negociar como é que vão sustentar o bebê.”⁹

O uso de preservativo masculino se mostrou insuficiente, o que está compatível com outros estudos, como o de Dias, no qual 84% dos entrevistados declarou que não utiliza o método.¹⁵

Perguntadas se utilizavam algum método anticoncepcional, no grupo que respondeu que não planejou engravidar, a maioria declarou que “não” e, dentre as que utilizavam, houve preferência pelo uso do preservativo masculino. Esta foi também identificada em estudo com 680 adolescentes, no qual quanto aos métodos contraceptivos citados (ao perguntar qual eles conheciam), a camisinha foi referida por 72,8% e a pílula por 69,5%...”.¹⁶

Os dados que evidenciam as razões pelas quais os métodos contraceptivos não foram utilizados ou o foram de modo incorreto demonstram que, apesar de haver informação sobre o método, esta não é completamente compreendida e não é efetiva, isto é, há barreiras a serem superadas para que estes métodos sejam utilizados que vão além da informação técnica. No estudo anteriormente mencionado, “111 estudantes (16,3%) conseguiu perceber que há diferença de eficácia entre os métodos, enquanto 568 (83,7%) não observaram isso ... quanto ao condom, 512 (75,3%) dos alunos o achavam 100% seguro contra a gravidez”.¹⁶

A reincidência da gravidez ainda antes dos 19 anos é significativa -27,1%- e provavelmente terá impacto ainda maior na vida desta adolescente. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, como este realizado em São Paulo, em 1998, no qual “de 148 mil gestantes adolescentes 26 mil (17,5%) estavam na segunda gestação e 4,5 mil (3%), na terceira”⁹ e o de Maia Filho, no qual “11,5% das adolescentes tiveram repetição da gravidez no primeiro ano após o parto.”¹⁷

Uma das razões pelas quais as adolescentes têm dificuldade de negociar o uso de preservativo deve-se à insegurança típica desta fase, na qual estão se auto-afirmando como indivíduo e como mulher. Estas nuances são de difícil avaliação estatística, especialmente em um estudo quantitativo. Como tentativa de avaliar a auto-estima das entrevistadas, questionou-se sobre sua auto-imagem. As entrevistadas foram inquiridas se consideravam-se “bonitas” antes de engravidar e se mudaram com a gestação. Em estudo publicado por Amazzarray, as gestantes “oscilam entre sentimentos de desprezo e orgulho em relação ao seu corpo. Entretanto o padrão foi que as informantes se percebessem gordas e feias”.⁸

Considera-se que há uma correlação entre falta de perspectiva e gestação precoce, o que predomina nesta amostra. Sabroza refere que é “interessante notar que não estar estudando ao engravidar e realizar número insuficiente de consultas no pré-

natal estiveram correlacionados a pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro. O desejo quanto à gestação mostra-se relevante, sendo maior a proporção de puérperas com pouca ou nenhuma expectativa com relação ao futuro entre as que desejaram a gestação, 28,8%, comparada com as que não desejaram, 18,5%”.¹¹ Questionadas se acreditam que conseguirão realizar seus planos, 65,2% declarou que “sim”. É possível que o fato de a pesquisa ter sido realizada em uma unidade que presta atendimento especializado a estas gestantes tenha selecionado adolescentes que buscaram assistência e que têm apoio familiar, assim como pode ter influenciado positivamente em suas expectativas. Ainda assim, fica claro que para 23% delas – que responderam “não” ou “não sei”- a gestação trouxe consigo incertezas. No mesmo estudo acima mencionado, “os resultados demonstram que menos da metade delas considera o estudo como uma possibilidade de ascensão social, e no grupo de 17 a 19 anos este achado é mais evidente, correspondendo a 38,3%. Por outro lado, a maioria demonstrou interesse em trabalhar no futuro”.¹¹

Segundo a Constituição Federal, cabe ao Estado propiciar recursos educativos e científicos para exercício do planejamento familiar por cada indivíduo. Mais que uma lei, a necessidade de dar recursos e estimular a população a planejar sua prole pode ser facilmente percebida a cada reflexão sobre as dificuldades que a sociedade enfrenta.

Quanto ao universo dos adolescentes, a resposta passa necessariamente pela escola. As informações técnicas sobre a fisiologia reprodutiva e os métodos contraceptivos mostram-se tão importantes quanto a discussão sobre sexualidade e maternidade/paternidade para que sejam efetivos. Sugere-se como ideal a utilização da dupla proteção, associando o preservativo masculino a um método de alta eficácia, que dependa pouco do usuário, como o contraceptivo hormonal injetável e o dispositivo intra-uterino. Alguns estudos concluíram que a abordagem na escola

é mais eficaz se iniciada na pré-adolescência e mantida até o nível médio.¹ Em comunhão com esta visão, Dadoorian define que “é importante que as propostas de intervenção... priorizem igualmente o significado da gravidez e suas implicações subjetivas e culturais, para que sejam obtidos resultados mais eficazes.”¹⁸

Associado às informações, o sistema de saúde deve ainda prover os métodos contraceptivos. Alguns estudos identificaram que centros de planejamento familiar que não prestam serviço especializado a adolescentes freqüentemente não recebem de modo adequado este público, por falta de preparo dos profissionais.¹

Uma vez grávida, a adolescente deverá receber informação sobre as alterações corporais e psico-sociais implicadas nesta fase, assim como preparo para o parto e cuidados com o recém-nascido, o que também ajudará a diminuir a ansiedade. Alguns estudos mostraram que a visita da assistente social traz benefícios na primeira semana após o parto, momento em que a mãe estará sendo recebida em seu núcleo familiar. Este acompanhamento mostrou-se efetivo inclusive em diminuir o índice de maus-tratos com a mãe e o bebê.¹

No primeiro mês pós-parto, a consulta de revisão será importante para a definição do método contraceptivo que será escolhido e, idealmente, deverá ser realizado atendimento que permita a adolescente refletir sobre que caminhos pretende seguir afetivamente e profissionalmente. Segundo Takiuti, “essa adolescente requer inclusão social, proteção da família e dos amigos e uma política pública que faça com que ela continue seus estudos” e ainda “se não for feita a inclusão social da adolescente que engravidou, ela vai engravidar pela segunda vez em piores condições que a primeira”.⁹ Dadoorian enfatiza ainda que “todas estas reflexões nos direcionam para a família. A partir dos relatos das adolescentes grávidas, fica claro o importante papel que a família deveria desempenhar na vida destas jovens.”¹⁸

Por fim, cuidar da juventude é papel do Estado mas também de cada profissional de saúde

e de cada cidadão. “A promoção da saúde dos adolescentes é um dos mais importantes investimentos de longo prazo que uma sociedade pode fazer.”¹⁹

REFERÊNCIAS

World Health Organization. Adolescent Pregnancy. Geneva, 2004.

Indicadores sociais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/IndicadoresSociais/Crianças_e_Adolescentes/1997/Características_Gerais/> Acesso em: 11 de maio de 2007.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. http://www.saude.rio.rj.gov.br/ações_em_saúde/Saúde_do_adolescente. Acesso em 11 de maio de 2007.

OSÓRIO, L. C. Adolescência hoje. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.

Merchán-Hamann E. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 1995; 11 (3) 463-78.

Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Saúde da Adolescente – Manual de Orientação. 2001.

Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MD, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2001; (35) 74-80.

Amazzaray MR, Machado OS, de Oliveira, VZ, Gomes WB. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. Psicol Reflex Crit. 1998; 11 (3).

Takiuti AD. Da prevenção da segunda gravidez na população adolescente. IX Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, São Paulo, 2004.

Paiva AS, Caldas MLCS, Cunha AA. Perfil psicossocial da gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. 7-30.

Sabroza AR, Leal MC, de Souza PR, da Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). Cad Saúde Pública 2004. 20 (1)

Leite APL, Albuquerque RM. Sexualidade na adolescência: Conhecimentos, práticas e atitudes dos adolescentes

estudantes de Maceió. Jor SOGIA-BR, 2004. ano5 1 9-11

Bee H. A arte em desenvolvimento (traduzido por Maria Adriana Veríssimo Veronese). Artes Médicas:Porto Alegre, 1996.

Monteiro DLM, de Paiva AS, Fagim IG, Caldas MLCS. Gravidez na adolescência: desejo ou acidente? Rev SOGIA-BR, 2006. ano7 1 7-11

Dias APV, dos Santos DDG, Ferreira DC, Passos MRL, Arze WNC. Estudo comparativo: perfil dos adolescentes atendidos numa clínica de DST nos anos 1995 e 2003. Adolescência e Saúde, 2005. 2 (2) 15-23.

Barreiros FA, Guazzelli CAF, Moron AF. Conhecimentos básicos de adolescentes escolarizados sobre métodos anticoncepcionais. Adolescência e Saúde, 2005. 2 (1) 11-16.

Maia Filho NL, Tedesco RP, Neder VM, Suzano CE, Pereira RT, Mathias L. Comparação entre os resultados obstétricos de adolescentes precoces e tardias após três décadas de prevenção. GO atual, 7 1-2

Dadoorian, D. A gravidez e o desejo na adolescência. Femina,2002. 30 (2) 133-4.

World Health Organization. Maternal Health and safe motherhood programme. World Health Organization parthograph in management of labour. Lancet 1994.

TERCEIRO LUGAR NO 2º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2005

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

O trabalho realizado na Divisão de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) em 2005, pela Dra. Gabrielle Bernardeli então R2 do Serviço aborda um tema de alta relevância que é o Empiema Pleural, uma infecção grave da pleura que se não tratada adequadamente pode trazer sérias consequências para o paciente desde complicações locais como o encarceramento pulmonar, as fístulas pleurobrônquicas, pleuroesofágicas, pleurocutâneas bem como complicações gerais como a sepses e até o óbito.

É uma patologia de grande prevalência no nosso meio, associada a pneumonias, a tuberculose ambas agravadas com o surgimento da AIDS e também associada ao traumatismo torácico ou secundária a procedimentos torácicos; afeta pacientes de todas as idades e classes sociais embora os idosos, pobres e debilitados sejam os mais frequentemente acometidos. O conhecimento das fases evolutivas do Empiema e de suas características estabelecidas pela American Thoracic Society (ATS) na década de 1960 é a base fundamental para o planejamento terapêutico dessa doença.

SOBRE A DRA. GABRIELLE BERNARDELI:

Uma residente exemplar, extremamente dedicada, humana, comprometida com o paciente e com o Serviço, além de ser uma cirurgiã habilidosa, competente, tendo conduzido ela própria o tratamento de muitos dos pacientes da série deste trabalho, sob a nossa supervisão.

DRA. MARIA RIBEIRO SANTOS MORARD

CRM 52 37146-7

Professora, Doutora do Departamento de Cirurgia da Escola de Medicina e Cirurgia e Chefe da Divisão de Cirurgia Torácica do HUGG - UNIRIO

A MÉDICA PREMIADA

Médica, membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica, nascida em Volta Redonda - RJ em 1977. Se formou em medicina pela UniFOA em 2000 fez residência médica em Cirurgia Geral na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 2002 começou a trabalhar como Cirurgiã Geral no Hospital São João Batista em Volta Redonda e foi aprovada no Concurso Público para o Hospital Henrique Sergio Gregori em Resende/ RJ.

Em 2005 terminou a residência em Cirurgia Torácica no Hospital Universitário Gaffrée Guinle aonde retornou em 2007 para mais um ano de especialização. Foi Oficial médica temporária na AMAN de 2008 a 2010.

Se estabeleceu em Resende /Rj aonde é responsável pelo Serviço de Cirurgia Torácica no Hospital Sergio Henrique Gregori e na Santa Casa de Misericórdia local. Atende no ambulatório do SUS e na Clínica privada realizando procedimentos pertinentes a especialidade.

DRA. GABRIELLE BERNARDELI

CRM 52 70659-0



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

TRATAMENTO DO EMPIEMA PLEURAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Hospital Universitário Gaffrée Guinle

RESIDENTE: Dra. Gabrielle Bernardeli

PRECEPTOR: Dr. Rossano Kepler Alvim Fiorelli e Dra. Maria Ribeiro Santos Morard

DESCRITORES: EMPIEMA PLEURAL – CONDUTAS TERAPÊUTICAS – TRATAMENTO

OBJETIVO

Análise retrospectiva do tratamento de pacientes portadores de empiema pleural no setor de Cirurgia Torácica da Clínica Cirúrgica B do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, visando traçar o perfil das condutas terapêuticas adotadas frente a cada fase evolutiva do empiema.

MÉTODO

Foi realizado um levantamento através dos registros cirúrgicos do setor de Cirurgia Torácica deste serviço a fim de identificar todos os pacientes submetidos a tratamento de empiema pleural no período de Setembro de 1994 a Maio de 2005. Foi encontrado um total de 126 pacientes, dentre os quais apenas 94 foram incluídos neste estudo, sendo excluídos os 32 restantes por indisponibilidade dos respectivos prontuários.

Os parâmetros analisados em cada caso foram: a fase evolutiva do empiema; o(s) tratamento(s) realizado(s) em cada fase e a necessidade de complementação do(s) mesmo(s); a idade; o sexo lado acometido; a etiologia do empiema e a associação com vírus HIV; a resolução do caso. Vale ressaltar que os tratamentos cirúrgicos estiveram sempre associados à cinesioterapia e à antibioticoterapia.

RESULTADOS

Dos 94 pacientes incluídos no estudo, 65(69,1%) eram do sexo masculino e 29 (30,9%) do feminino; 49 pacientes (52,1%) apresentaram empiema à direita, 43 (45,7%) à esquerda e 1 (1,1%) apresentou empiema bilateral, sendo este considerado em duplicata pela diferença de evolução em cada lado acometido. A associação com vírus HIV foi detectada em 12 (12,8%) pacientes (apenas 1 apresentou tuberculose pulmonar concomitante). A idade média encontrada foi de 39,6 anos; o número total de óbito foi de 8 (8,5%), sendo apenas 2 (2,1%) relacionados diretamente a complicações do empiema, estando os outros 6 relacionados às doenças de base dos pacientes. Quanto à etiologia, 53 empiemas (56,4%) foram parapneumônicos, 17 (18,1%) foram decorrentes de tuberculose pulmonar, 12 (12,8%) foram conseqüentes a alguma intervenção cirúrgica torácica, e 12 (12,8%) apresentaram outras causas.

Dos 94 pacientes, 12 (12,8%) encontravam-se na fase I; 60 (63,8%) na fase II; e 22 (23,4%) na fase III.

Entre os pacientes em fase I (n=12), 3 (25%) foram tratados com toracocentese, 5 (41,7%) com pleurotomia intercostal fechada, e 4 (33,3%) com ambas. Um paciente dentre os que realizaram toracocentese e 2 dentre os que

realizaram pleurotomia fechada necessitaram de tratamento complementar para resolução do caso (pleurotomia aberta tubular).

Entre os pacientes em fase II (n=60), 16 (26,7%) foram tratados com pleurotomia intercostal fechada; 16 (26,7%) foram tratados por pleurotomia aberta tubular, 2 (3,3%) foram tratados por pleurotomia aberta à Eloesser; 18 (30%) foram tratados por pleurotomia fechada e posterior pleurotomia aberta tubular (dentre estes, um paciente necessitou de costopleuropneumonectomia e outro de repleção da cavidade residual à Clagett-Geraci como terapêutica complementar); e outros 8 (13,3%) foram tratados por pleurotomia fechada e posterior pleurotomia aberta à Eloesser.

Entre os pacientes em III (n=22), 11 (50%) foram tratados com pleurotomia aberta tubular, 1 (4,5%) foi tratado com pleurotomia aberta à Eloesser, 5 (22,7%) foram tratados com descorticação pulmonar (2 apresentaram recidiva, sendo um deles tratados com Eloesser e outro com pleurotomia fechada seguida de Eloesser), 2 (9,1%) foram tratados com pleurotomia intercostal fechada com posterior pleurotomia aberta tubular (tendo um deles evoluídos com descorticação pulmonar e posterior Eloesser como tratamento complementar), 1 (4,5%) foi tratado com pleurotomia intercostal fechada com posterior pleurotomia aberta à Eloesser (tendo evoluído para o método de Clagett-Geraci para terapêutica complementar), e 2 (9,1%) foram submetidos à pleurotomia intercostal fechada com posterior descorticação pulmonar.

Levando em consideração apenas os pacientes incluídos no estudo (n=94), foi realizado um total de 176 procedimentos diagnósticos/terapêuticos para empiema no período, sendo 41 (23,3%) toracocenteses, 57 (32,4%) pleurotomias intercostais fechadas, 52 (29,5%) pleurotomias abertas tubulares, 15 (8,5%) pleurotomias à Eloesser, 8(4,5%) descorticações pulmonares. 1 (0,6%) costopleuropneumonectomia e 2 (1,1%)repleções d cavidade pelo método de Clagett-Geraci.

CONCLUSÕES

Empiemas em fase exsudativa ou aguda (fase 1) devem ser tratadas através de pleurotomia intercostal fechada ou, excepcionalmente, de forma conservadora (toracocentese), estando às drenagens abertas reservadas a tratamento complementar em poucos casos.

Em relação aos empiemas em fase fibrinopurulenta ou sub-aguda (fase 2), o tratamento de escolha é a drenagem aberta, tanto tubular quanto à Eloesser, tendo em vista que mais da metade dos pacientes em fase 2 que realizaram drenagem fechada acabaram evoluindo para um dos métodos de drenagem aberta. A eficácia da drenagem aberta foi ainda corroborada pelo pequeno número de procedimentos considerados complementares a essa fase.

Já em relação aos empiemas em fase de organização ou crônica (fase 3), as drenagens abertas mostram-se ainda muito eficazes, visto que nenhum paciente que foi submetido a elas nessa fase necessitou de tratamento complementares, ao contrário da drenagem fechada, a qual foi convertida em outros procedimentos em sua totalidade. Os métodos mais radicais (costopleuropneumonectomia e descorticação pulmonar) ficam reservados a casos de maior complexidade.

JORNAL DO
CREMERJ

PUBLICAÇÃO OFICIAL
DO CONSELHO
REGIONAL DE
MEDICINA DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO
ANO XIX - Nº 195
DEZEMBRO-2006



Saúde para todos:
esperança de 2007

**3º PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA 2006**

PRIMEIRO LUGAR NO 3º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2006

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Inicialmente, manifesto minha satisfação em poder participar desta iniciativa, que considero muito importante para seguirmos estimulando nossos jovens colegas a se interessarem pela pesquisa e pela produção de conhecimentos científicos.

Como professor de uma tradicional escola de Medicina, me sinto pessoalmente motivado ao ver o nosso trabalho reconhecido pela comunidade médica, representada pelo CRM.

Sobre o Dr. Bernardo Barros, gostaria de fazer a seguinte apresentação: desde que tive a oportunidade de conhecer o então acadêmico Bernardo Barros, durante o internato que o mesmo cumpriu na Clínica Cirúrgica B da Escola de Medicina e Cirurgia, nunca tive dúvidas de que um futuro brilhante o aguardava. Não foi surpresa, portanto, vê-lo de volta como residente de Cirurgia Geral, na Terceira Enfermaria no Hospital Universitário Gaffrée Guinle.

Seu empenho como médico e seu interesse pelo estudo científico, aliados ao seu comportamento sempre tranquilo e colaborador, fizeram com que sua passagem pelo serviço tenha sido marcante.

Este trabalho, que contou com a participação de outros colegas do grupo, e que fez jus ao prêmio oferecido pelo CRM, apenas reflete a capacidade e a dedicação que o Dr. Bernardo sempre demonstrou. E o melhor é saber que hoje, passados dez anos, ele segue em sua carreira, como Cirurgião Vasculiar, com o mesmo entusiasmo dos tempos de residente.

DR. EDUARDO COSTA TEIXEIRA

CRM 52 46484-1

O MÉDICO PREMIADO

Formado pela Universidade Gama Filho e com residências de Cirurgia Geral, Vascular e Ecografia no Hospital Gaffré e Guinle UNIRIO. Pós-graduação em Cirurgia Endovascular pela Santa Casa de São Paulo. Mestrado em cirurgia vascular com ênfase em cirurgia venosa.

É Staff do serviço de cirurgia vascular do Hospital Pedro Ernesto UERJ; aluno de doutorado do programa de pós graduação da UERJ Fisiclinex; Membro do grupo de estudos em microcirculação Eliete Bouskela CNPQ; membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular e Angiologia SBACV.

Membro da diretoria da SBACVRJ, como Segundo Tesoureiro.

DR. BERNARDO BARROS

CRM 52 78472-9



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

EFEITOS DA SUPLEMENTAÇÃO SUPRAFISIOLÓGICA DE β - CAROTENO EM RATOS ESPONTANEAMENTE HIPERTENSOS (SHR E SHR-SP)

Hospital Universitário Gafreé Guinle

RESIDENTE: Dr. Bernardo Cunha Senra Barros

PRECEPTOR: Dr. Eduardo Costa Teixeira

DESCRITORES: SUPLEMENTAÇÃO β - CAROTENO – HIPERTENSÃO

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral encefálico (AVE) constitui um dos mais relevantes problemas de saúde pública na atualidade, devido à sua alta incidência e mortalidade, à invalidez que ocasiona, aos altos custos que gera e à carência de estratégias terapêuticas.

Os efeitos da HAS na estrutura dos vasos ocorrem tanto nas artérias maiores, onde há remodelamento da parede do vaso com o aumento da sua luz, o que ocasiona aumento da força de fricção entre o sangue e a parede do vaso, predispondo a arteriosclerose, como nas artérias de pequeno calibre, onde ocorre realinhamento das células musculares e redução da luz sem alteração do conjunto dessas células, isto é, há reestruturação da musculatura lisa ao redor de luz reduzida, levando à resistência vascular sistêmica.

A HAS também agrava o processo aterosclerótico, possivelmente por enfraquecer a parede das artérias em pontos de maior pressão, levando a invasão de colesterol e outros compostos.

Evidências experimentais vêm confirmando a implicação do processo oxidativo de macromoléculas na lesão endotelial das doenças cardiovasculares, aumentando consideravelmente o interesse pela investigação

da provável ação das vitaminas de poder antioxidante no combate deste processo. Da mesma forma, hipóteses recentes vêm associando o estresse oxidativo, incluindo o processo inflamatório ao AVE.

Recentes estudos em Anima Nobile demonstram relação entre marcadores de estresse oxidativo, AVE e baixos níveis séricos de vitaminas antioxidantes (alfa tocofenol, ácido ascórbico e β -caroteno), sendo crescente o interesse pela investigação sobre a possível ação protetora desses nutrientes.

A síntese de radicais livres desempenha um forte papel no processo de arteriosclerose. Este processo pode ser inibido por antioxidantes tais como β -caroteno, Vitamina C ou Vitamina E, que inativam os efeitos lesivos dos radicais livres.

O β -caroteno possui relevante papel no combate ao estresse oxidativo e diversas referências podem ser encontradas discutindo sua ação antioxidante. Se a suplementação desta pró-vitamina for capaz de controlar o estresse oxidativo do AVE, poderá se tornar uma possibilidade de terapia coadjuvante e até subsequente no tratamento AVE.

No que se refere ao estudo experimental do AVE, a SHR-SP descrita por Maguire e Cols, em 2004, e Ikeda e Cols, em 2003, vem sendo eleita

como modelo experimental de estudo do AVE humano, por desenvolvê-los espontaneamente, resultando em danos cerebrais similares ao do AVE humano e apresentar severa hipertensão.

RESULTADOS

A avaliação dos exames físicos dos animais não atestou ocorrência de alterações nos parâmetros biológicos gerais: peso, ingestão hídrica e de ração, diurese e excreção fecal. Observou-se apenas alteração na coloração do pelo dos animais, o qual retornava à coloração normal durante período de interrupção do tratamento. Da mesma forma, mantiveram-se a coordenação motora e o comportamento dos animais dentro dos padrões de normalidade. Quanto ao peso do fígado, obtivemos peso médio do órgão igual a $7,25 + 3,2$ g e relação entre a média do peso do fígado e o corpóreo igual a $0,0192$ g, configurando que não ocorreu hepatotoxicidade.

Quanto aos valores da pressão arterial sistólica, o grupo tratado SHR-sp não apresentou redução dos valores de pressão arterial sistólica, no decurso do tratamento com as doses 5mg e 10mg de β -caroteno. Entretanto, ao receber a suplementação com 20 mg de β -caroteno, apresentou decréscimo significativo ($p < 0,0001$) da pressão de $233,7 + 1,39$ mmHg para $227,5 + 1,96$ mmHg na primeira suplementação com a dose. A interrupção do tratamento por sete dias evidenciou um argumento do valor de pressão arterial sistólica, que atingiu $252,3 + 0,36$ mmHg, porém com o reinício da suplementação este valor apresentou uma queda significativa ($p < 0,0001$) para $232,08 + 1,34$ mmHg. Estas variações podem ser observadas no gráfico 1.

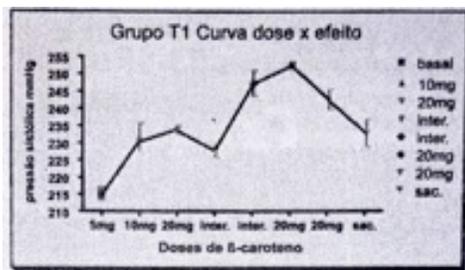


Gráfico 1: Os valores representam a $X + SD$ da pressão sistólica de ratos SHR-sp ($n = 12$). Significância $p < 0,05$.

A dosagem de substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico revelou que os níveis séricos de malondialdeído (MDA) foram significativamente ($p < 0,05$) menores nos ratos tratados com β -caroteno ($1,97 + 0,32$ nmol) em comparação com os animais dos grupos controles ($3,50 + 1,19$ nmol) (Gráfico 2).

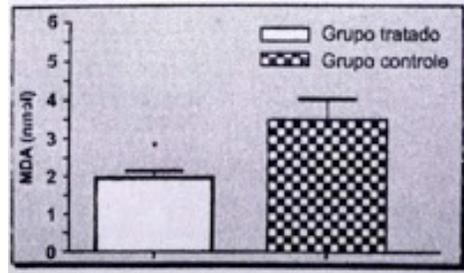


Gráfico 2: os valores representam a $X + SD$ dos níveis séricos de Malondialdeído dos ratos SHR-sp.

DISCUSSÃO

Nosso trabalho demonstrou que mesmo com o uso de doses supra-fisiológicas, não houve efeitos colaterais. O estudo do parênquima hepático, visando verificar potencial infiltração gordurosa ou desenvolvimento de tecido fibroso, não evidenciou nenhuma alteração ou presença de esteatose nos ratos tratados.

Adicionalmente, a administração das doses supra-fisiológicas de β -caroteno não provocou alterações dos parâmetros biológicos gerais, descartando assim, a ocorrência de possível interação entre vitaminas lipossolúveis.

Em relação ao efeito modulador do β -caroteno sobre a pressão arterial, os resultados aqui apresentados mostram importante efeito hipotensor da suplementação de β -caroteno com doses de 20mg/dia durante três semanas com os ratos da linhagem SHR-sp, confirmando estudos anteriores descritos por Oliveira e Vianna em 2004, com ratos da linhagem SHR, que também apresentaram resposta positiva em relação ao efeito hipotensor do β -caroteno, porém, com doses de 5mg, o que demonstra maior resistência ao tratamento pela linhagem SHR-sp.

O mecanismo de ação associado ao efeito hipotensor do β -caroteno, provavelmente se liga à sua atividade antioxidante, uma vez que foram significativamente reduzidos os níveis séricos de malondialdeído. Estudos em que o estresse oxidativo (ERO) foi experimentalmente induzido, indicaram aumento do radical superóxido (O_2), do radical hidroxila (OH) e da HAS. Por outro lado, o tratamento com antioxidantes diminuiu a pressão sanguínea e o elevado nível de óxido nítrico biodisponível. Estes resultados proporcionaram fortes evidências do papel das espécies reativas de oxigênio (ERO) tanto no início quanto na sustentação da HAS e sinalizam para o importante papel de nutrientes antioxidantes no controle da pressão arterial.

A análise histológica das carótidas dos grupos controle e tratado não revelou formação de placas ateromatosas nem a presença de infiltrado inflamatório, contrariando a ideia proposta de que a imagem SHR-sp, por apresentar severa hipertensão, teria alterações morfológicas inflamatórias nas preparações parietais vasculares. Por outro lado, confirma a existência de lesão ateromatosa nessa linhagem, corroborando aos achados de OGATA e Cois.

Entretanto, morfometricamente, foi observado que o número de fibras elásticas que constituem a parede dos vasos carotídeos na linhagem SHR e SHR-sp apresentaram discreto aumento, caracterizando elastose da camada muscular em comparação a linhagem normotensa.

SEGUNDO LUGAR NO 3º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2006

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Renata fez sua graduação e residência em Clínica Médica na Universidade Federal da Paraíba. Buscou a residência em Geriatria no Rio de Janeiro, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI). Mantemos contato, principalmente, nos congressos nacionais da especialidade.

Seu desempenho e aprendizado durante a residência foi excelente. Como trabalho de conclusão foi escolhido o tema _ Insônia_ tendo realizado a pesquisa e publicado o artigo na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 2007. Apresentou o trabalho no concurso de 2006 por sua própria iniciativa, tendo ficado com o segundo lugar.

DRA. LUCIANA BRANCO DA MOTTA

CRM 52 43584-5

A MÉDICA PREMIADA

Iniciei o curso de Medicina na Universidade Federal da Paraíba em 1997, realizando um sonho de infância: queria “cuidar” das pessoas. Mesmo sem ter cursado a disciplina de Geriatria na graduação (na minha época não fazia parte da grade curricular do curso de medicina da UFPB), durante o internato, decidi ser Geriatra. Em 2003, ingressei no Programa de Residência Médica em Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB. Em 2005, fui aprovada no Programa de Residência Médica em Geriatria do Hospital Pedro Ernesto da UERJ, o qual obtive o Título de Especialista no início de 2007. Foram dois anos de muito estudo, dedicação, foco e disciplina. Dada à escassez de profissionais especializados na área do envelhecimento na Paraíba, ao final da residência, retornei à João Pessoa. Fui durante 3 anos chefe do Serviço de Geriatria do Hospital de Guarnição de João Pessoa da 7 Região Militar. Hoje, sou Geriatra do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Município de João Pessoa e exerço também a profissão em Consultório Particular, com foco no Cuidado do Idoso Frágil, Síndromes Demenciais e Acompanhamento Preventivo.

A Monografia de conclusão da Residência de Geriatria foi sobre Insônia em Idosos, problema comum, que afeta diretamente a saúde e a qualidade de vida dessa população. Teve como desafio aplicar pessoalmente um questionário de avaliação, diagnosticar de fato insônia nos pacientes e identificar os possíveis fatores de risco relacionados ao problema. Foram 6 meses dedicados ao desenho do trabalho, coleta ativa dos dados e avaliação dos resultados. O prêmio recebido de segundo melhor trabalho conferido pelo CREMERJ foi uma surpresa e uma alegria, vindo selar um fim de um ciclo das minhas atividades no RJ e o início de outro, na PB, oficialmente como Geriatra. Uma jornada profissional árdua, mas prazerosa, aprendendo e aperfeiçoando, a cada dia, a arte de “cuidar” das pessoas.

Esta iniciativa do CREMERJ é muito importante para os programas de residência pois incentiva os alunos e preceptores. A formação em pesquisa é parte das competências para a formação de um especialista, e, qualifica o treinamento, o programa, a preceptoria e o serviço.

DRA. RENATA MARIA BRITO MARCONDES

CRM 52 77973-3



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

INSÔNIA: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO RELACIONADOS EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS

Hospital Universitário Pedro Ernesto

RESIDENTE: Dra. Renata Maria Brito de Sá

PRECEPTOR: Dra. Luciana Branco Motta

DESCRITORES: INSÔNIA – IDOSOS – FATORES DE RISCO

Insônia é um problema comum em todos os estágios da vida, mas é particularmente importante após os 65 anos de idade. É definida como uma dificuldade para iniciar o sono ou para se manter dormindo. Os distúrbios do sono nos idosos são comuns e multifatoriais. Vários fatores, incluindo idade avançada, influências psicossociais, doenças clínicas e psiquiátricas e uso de medicações podem estar associados com insônia. Apesar disso, os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de insônia não têm sido completamente identificados.

O objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência de insônia e dos fatores de risco relacionados a esta queixa nos idosos acolhidos no ambulatório de geriatria do NAI (núcleo de atenção aos idosos) da UERJ, em 2005, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Eles foram divididos em dois grupos: pacientes com queixa de insônia (grupo 1) e pacientes sem queixa de insônia (grupo 2). Foram analisadas, nos dois grupos, as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, diagnósticos pré-estabelecidos de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e medicações de uso regular. Foram investigados os seguintes fatores de risco: depressão maior, demência, incontinência urinária, prostatismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca,

doença vascular periférica, úlceras gástrica ou duodenal, diabetes mellitus, hipertireoidismo, osteoartrose, osteoporose, dor crônica, doença do refluxo gástrico esofágico e obesidade.

A associação da queixa de insônia com os fatores de risco foi realizada através do teste do Qui-quadrado (X²). Os pacientes do grupo 1 foram entrevistados individualmente, para a avaliação do padrão e da qualidade do sono. Após a entrevista, receberam orientação sobre higiene do sono. Dos 116 participantes inseridos no NAI, 11 não participaram da pesquisa (2 óbitos e 9 sem comunicação), ficando nossa população com um total de 105 idosos. Destes, 72,38% (34 idosos).

Entre os pacientes com insônia, 97,06% convivem com esse problema há mais de 6 meses (insônia crônica), 79,41% deles relatam insônia inicial e 64,71% intermediária e final. O tempo total de sono foi em média de 4,07 horas por noite. Mais da metade dos insones (61,76%) relataram cochilos diurnos, que duravam em média 0,8 horas. A queixa do cansaço diurno intenso atingiu cerca de 85% dos pacientes com insônia. Usam algum tipo de ansiolítico 55,88% e, entre os que não fazem uso deste tipo de medicação, 46,67% já usou em algum outro momento. Houve uma prevalência maior

de insônia no sexo feminino. (79,41%). Dos 34 idosos com insônia, 3 são fumantes (8,82%), 7 consomem mais de três xícaras de café por dia (20,59%) e nenhum deles tem o hábito de consumir algum tipo de bebida alcoólica para melhorar o padrão do sono.

Depressão, ansiedade, incontinência urinária e prostatismo, osteoartrose, doença vascular periférica, demência, osteoporose, DPOC, dor crônica e DRGE foram os fatores de risco relacionados à queixa de insônia com significância estatística ($p < 0,05$). Não houve diferença estatística entre os dois grupos em relação a úlceras gástricas e duodenais, diabetes, obesidade e ICC. O caráter multifatorial da insônia pôde ser demonstrado de acordo com a média de fatores de risco apresentados por cada grupo. O grupo de pacientes com insônia apresentou em média 5,56 fatores de risco, e o grupo sem insônia apenas 1,86 fatores de risco. A privação do sono interfere de maneira negativa na qualidade de vida. A alta prevalência de insônia e seu caráter multifatorial, fazem com que a busca ativa desta queixa e sua correta avaliação seja passo fundamental na avaliação geriátrica.

JUSTIFICATIVA

- Envelhecimento populacional
- Alta prevalência de Insônia
- Fatores de risco não são completamente identificados
- Diferencial normal do patológico
- Interferência qualidade de vida

INSÔNIA

Dificuldade para iniciar o sono ou para se manter dormindo, onde pode haver uma diminuição total ou parcial da quantidade e/ou da qualidade do sono.

- Inicial.
- Intermediária
- Final.

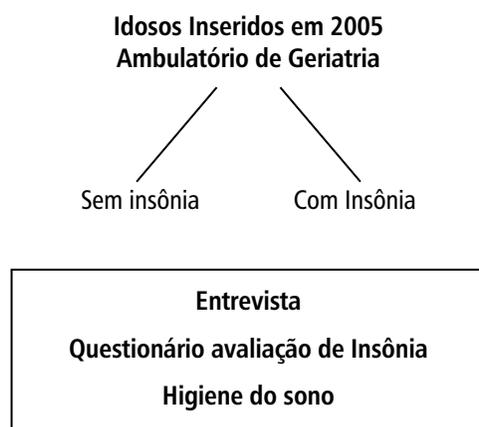
- Transitória (< 1 mês)
 - Curta Duração (1 – 6 meses)
 - Crônica.
- #### CONSEQUÊNCIAS
- Riscos de doenças psiquiátricas.
 - Fadiga, irritabilidade, sonolência diurna
 - Diminuição da energia, concentração e memória.
 - Afeta a vida social.
 - Polifarmácia e uso crônico de benzodiazepínicos
 - Implicações econômicas
 - Diminuição da produtividade
 - Acidentes e quedas.

OBJETIVOS

Verificar a prevalência de insônia e dos fatores de risco relacionados a esta queixa em uma população de idosos atendidos num ambulatório de geriatria.

MATERIAIS E MÉTODOS

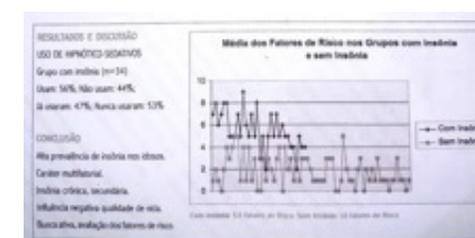
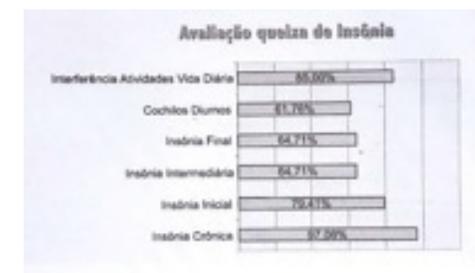
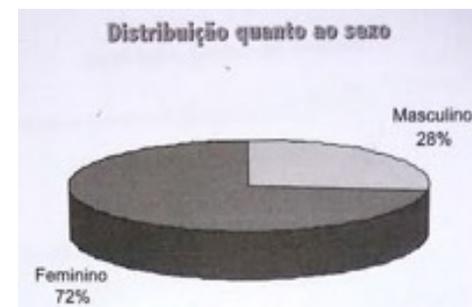
Exigências éticas e científicas da Resolução 196/96 do CNS e aprovação pelo comitê de ética em pesquisa/UERJ (parecer COEP 061/2006).



- Fatores de risco:
- Depressão Maior
 - Transtorno da Ansiedade

- Demência
- Incontinência Urinária
- Prostatismo
- DPOC
- Insuficiência Cardíaca
- Diabetes
- Doença Vascular Periférica
- Osteoartrose
- Dor Crônica
- DRGE
- Hipotireoidismo
- Úlceras Gastroduodenais

MATERIAIS E MÉTODOS



O Trabalho Científico

O tema Critérios e Fatores que Influenciaram a Troca de Antibiótico em Crianças Internadas com Pneumonia Adquirida na Comunidade em Hospital Universitário Pediátrico foi parte de uma linha de pesquisa desenvolvida no Serviço de Pneumologia Pediatria do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), iniciada em 1996 com etapa encerrada em 2011, que estudou a Letalidade por pneumonia e fatores associados ao óbito em crianças internadas nas enfermarias do IPPMG com pneumonia adquirida na comunidade. O perfil epidemiológico dessas crianças e o uso da penicilina como opção de tratamento foram outras direções importantes que seguimos.

Várias pesquisas e publicações derivaram da linha mestra, que continua a nos ensinar e mostrar os caminhos para melhor tratarmos nossos pacientes. O estudo Critérios e Fatores que Influenciaram a Troca de Antibiótico... foi parte fundamental da pesquisa geral. Outros colegas participaram da principal linha de pesquisa na primeira etapa, 1996-2011: Clemax C. Sant'Anna, Maria de Fátima B. P. March, Marilene Augusta R.C. Santos e Antonio Jose Ledo A. Cunha.

A Laureada

A premiação recebida pela Residente RAFAELA BARONI AURÍLIO, no Terceiro Prêmio de Residência Médica do CREMERJ em 2006, foi o reconhecimento à sua dedicação, seriedade, estudo, competência, conhecimentos científicos e humanos e dedicação à medicina e aos pacientes que nos procuram necessitando de ajuda.

Rafaela Baroni Aurilio, nascida em 17 de agosto de 1979, é médica graduada pela Universidade Gama Filho em 2003. Concluiu residência médica em Pediatria em 2006 e de Pneumologia Pediátrica em 2007, ambas pela UFRJ - IPPMG.

Possui título de especialista nas duas áreas de atuação: Pediatria, pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em 2006 e Pneumologia Pediátrica, pela SBP - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) em 2009. Neste título, entre mais de uma centena de candidatos de todo o Brasil, foi a Primeira Colocada.

Concluiu Mestrado em Clínica médica com ênfase na saúde da criança e adolescente, em 2012, e atualmente cursa o Doutorado em Clínica Médica, ambos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Foi médica do serviço de emergência pediátrica de 2008-2010, e do serviço de Pneumologia Pediátrica de 2010-2013, no Hospital Federal de Bonsucesso. Trabalhou na especialidade de Pneumologia Pediátrica, no município de Mesquita, de 2006-2013. Atualmente é médica do serviço de Pneumologia Pediátrica e do Setor de emergência do IPPMG - UFRJ.

Parte de sua produção científica inclui, além desse trabalho premiado, três artigos em revistas nacionais, um capítulo de livro de pediatria, três capítulos de livro de pneumologia pediátrica, um capítulo de apostila de atualização pediátrica, mais de uma dezena de trabalhos apresentados em congressos nacionais e internacionais nos últimos 5 anos, além de participação como congressista nos últimos congressos brasileiros da especialidade de Pneumopediatria nos últimos 10 anos.

O Professor Preceptor

Ter sido preceptor da Rafaela e ter acompanhado sua vida acadêmica desde a residência até os dias atuais, em que somos colegas de trabalho no IPPMG-UFRJ, muito me honra, me alegra e me faz continuar acreditando no ofício que escolhi para trabalhar por toda a vida.

Parabéns, Rafaela!

Consº Dr. Sidnei Ferreira.

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria - UFRJ - UNESA Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro Conselheiro do Conselho Federal de Medicina

A MÉDICA PREMIADA

Rafaela Baroni Aurilio, nascida em 17 de agosto de 1979, é médica, graduada pela Universidade Gama Filho em 2003, pós-graduada em Pediatria (2006) e Pneumologia Pediátrica (2007), pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Possui título de especialista nas duas áreas de atuação: Pediatria pela SBP (2006) e Pneumologia Pediátrica pela SBPT (2009).

Concluiu Mestrado em Clínica médica com ênfase na saúde da criança e adolescente, em 2012, e atualmente cursa o Doutorado em Clínica Médica, ambos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

É médica do serviço de Pneumologia Pediátrica e do Setor de emergência do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (UFRJ).

DRA RAFAELA BARONI AURÍLIO

CRM 52 75494-3



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

CRITÉRIOS E FATORES QUE INFLUENCIARAM A TROCA DE ANTIBIÓTICO EM CRIANÇAS INTERNADAS COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDIÁTRICO

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

RESIDENTE: Dra. Rafaela Baroni Aurílio

PRECEPTOR: Dr. Sidnei Ferreira

DESCRITORES: IPNEUMONIA ADQUIRIDA - CRIANÇAS - ANTIBIÓTICO

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente etiológico da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) na infância em maiores de três meses de idade. O tratamento de escolha nos casos que necessitam de internação é a Penicilina G, mesmo naqueles em que há sensibilidade reduzida a este antibiótico. No entanto o que se observa nas enfermarias dos hospitais é uma grande diversidade de tratamento destas pneumonias e ausência de critérios para a troca do antibiótico.

OBJETIVOS

o presente estudo visa listar os critérios adotados para troca da Penicilina G em crianças internadas com PAC em Hospital Universitário Pediátrico, assim como os fatores que influenciaram tal procedimento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Inicialmente foi realizado um estudo de coorte, prospectivo, no qual foram incluídas quatrocentas e treze crianças internadas nas enfermarias do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira com PAC, na faixa etária de zero a doze anos. Os dados foram coletados dos prontuários, durante as visitas

às enfermarias por residentes treinados e sob supervisão, utilizando um formulário próprio, previamente testado, que após ser preenchido era checado periodicamente com os dados contidos no prontuário pelo supervisor. Do grupo de pacientes em que o antibiótico inicial foi a Penicilina G (duzentos e quatorze crianças) foram selecionados os pacientes que foram submetidos a troca de antibiótico. Posteriormente, através de busca ativa aos prontuários, foram avaliados os critérios e os fatores que influenciaram na troca.

RESULTADOS

Das duzentas e quatorze crianças tratadas inicialmente com Penicilina G, oitenta foram submetidas a troca por outro antibiótico no decorrer da internação. Houve perda de alguns dados por relato incompleto no prontuário ou extravio do mesmo. Em relação ao horário da troca, de 65 casos, 42 (64,6%) sofreram a troca pela manhã, 21 (32,3%) pela tarde e 2 (3,1%) à noite, não sendo detectada troca na madrugada. Avaliando o dia da troca, de 66 casos, 42 (63,6%) ocorreram em dias úteis, 11 (16,7%) às sextas, 12 (18,2%) aos sábados e 1 (1,5%) no domingo, não havendo trocas nos feriados ou nos finais de semana prolongados. De 66 casos de troca, 46 (69,7%) foram durante a rotina e 20 (30,3%) no plantão. A mudança foi realizada, de 64 casos,

pelo chefe de enfermagem (staff da rotina) em 32 (50%), pelo pneumologista em 14 (21,9%), pelo residente em 12 (18,7%), pelo interno sob supervisão em 3 (4,7%), pelo infectologista em 2 (3,2%) e por orientação do infectologista em 1 (1,6%). Quanto aos critérios de troca, de 66 casos estudados, as alegações foram: manutenção da febre 27 (40,9%), piora clínica 11 (16,7%), infecção em outros sítios associada 5 (7,6%), piora radiológica ou laboratorial 5 (7,6%), surgimento de desconforto respiratório 4 (6,1%), suspeita de tuberculose pulmonar 4 (6,1%), manutenção da febre e queda do estado geral 3 (4,5%), aparecimento de complicações 3 (4,5%), por manutenção do quadro clínico inicial 3 (4,5%), e suspeita de pneumocistose 1 (1,5%).

CONCLUSÕES

Nas enfermarias do Hospital em estudo, a maioria das trocas de antibióticos ocorridas foi pela manhã, provavelmente denotando a influência da supervisão e discussão dos casos pelos médicos da rotina com os residentes, corroborada tese quando se analisa que metade das trocas ocorreu por decisão daqueles médicos. A ocorrência de trinta por cento das trocas à tarde, pode ser justificada pelos resultados de exames que foram colhidos pela manhã e pela rotina (supervisão) médica à tarde, quando há mais uma oportunidade de discussão do caso pelo residente com o preceptor. O pequeno percentual de três por cento de troca à noite corrobora essa observação. Dois terços das trocas foram realizadas em dias úteis, chegando a oitenta e dois por cento quando é somada a sexta feira, analisada em separado pelo mito de que "troca-se na sexta porque após vem o fim de semana, quando não se mexe na prescrição", o que pode apontar mais uma vez a influência da rotina e da discussão ("round") rotina versus residente. Entretanto, pode-se observar, também, a importância do especialista (pneumologista) e do residente na decisão isolada pela troca; 21,9% e 18,8%. Com relação aos critérios utilizados para a troca, todos os citados são concordantes com as revisões recentes e a orientação da OMS e OPAS para o tratamento da criança internada com PAC

em hospitais de médio e pequeno porte. Não observamos percentual importante de troca nos finais de semana ou feriados prolongados.

Não encontramos na literatura estudos com esse objetivo e desenho metodológico. Pelas características peculiares do nosso hospital e da nossa rotina de trabalho, acreditamos não serem reprodutíveis esses resultados em grande parte dos outros hospitais do estado. Faz-se necessário adotar critérios para troca de antibióticos.

RECOMENDAÇÕES

- 1) As enfermarias pediátricas devem manter staff médico e residentes, com supervisão à tarde e nos finais de semana, discutindo os casos diariamente, capacitando o futuro especialista para as decisões médicas;
- 2) Rotinas com critérios para o tratamento inicial e troca de antibióticos de crianças internadas com PAC devem ser formalizadas;
- 3) Um estudo multicêntrico, reunindo outros hospitais, é necessário para melhor avaliar os objetivos e resultados do presente estudo.

MENÇÃO HONROSA NO PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

O Dr. Renato Faria Ribeiro Neto foi residente do programa de clínica médica do Hospital Central Aristarcho Pessoa de 2005 a 2007. Dr. Ribeiro Neto foi um residente atuante, interessado e estudioso e destacou-se pela excelência e pelo rigor científico e ético na realização de suas atividades. Executou com esmero e dedicação o trabalho de conclusão, intitulado “Estudo prospectivo de variáveis clínicas, metabólicas, antropométricas e eletrocardiográficas, para estratificação de risco cardiovascular dos indivíduos em atendimento ambulatorial no Serviço de Cardiologia do Hospital Central Aristarcho Pessoa - HCAP”, sempre comprometido com os pacientes e relacionando-se eticamente com seus pares.

Foi uma grande satisfação ter convivido com Dr. Ribeiro Neto!

Paz e bem!

DR. PAULO ROBERTO BENCHIMOL BARBOSA
CRM 52 46497-6

O MÉDICO PREMIADO

RENATO FARIA RIBEIRO NETO, brasileiro (a), médico (a), CRM nº 52-78170.3, nascido em 29/04/1979. Estudei música desde muito pequeno, antes mesmo de aprender a ler. O piano clássico acompanhou toda minha vida. Fiz segundo grau técnica em Biotecnologia, na Escola Técnica federal de Química, onde já despertava a vontade da carreira médica. Mas a música mantinha-se muito presente na minha vida.

Em 1998, durante o preparativo para o vestibular, tive que tomar minha decisão: faculdade de música versus medicina. Nota-se que a escolha foi medicina, mas até hoje o piano clássico está presente. Fiz então faculdade de medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Desde o início do curso a vontade já era pela Cardiologia, o que prevaleceu. Mas antes da Cardiologia, fiz residência de Clínica Médica no Hospital Central Aristarcho Pessoa, onde publiquei o referido artigo como monografia de conclusão de curso.

Em seguida veio e tão esperada especialização em Cardiologista, com residência médica feita no Hospital dos Servidores do Estado.

DR. RENATO FARIA RIBEIRO NETO
CRM 52 78170-3



MENÇÃO HONROSA

ESTUDO PROSPECTIVO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS, METABÓLICAS, ANTROPOMÉTRICAS E ELETROCARDIOGRÁFICAS, PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS INDIVÍDUOS EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL CENTRAL ARISTARCHO PESSOA – HCAP

Hospital Central Aristarcho Pessoa

RESIDENTE: Dr. Renato Faria Ribeiro Neto

PRECEPTOR: Dr. Paulo Roberto Benchimol Barbosa

DESCRITORES: RISCO CARDIOVASCULAR – VARIÁVEIS CLÍNICAS

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de óbito em importante parcela da população adulta, aquela maior de 30 anos de idade, na maioria dos países do ocidente. Tal posição tem sido mantida, apesar do declínio acentuado da mortalidade cardiovascular observada nos países desenvolvidos, nas últimas décadas. Dentre as enfermidades cardiovasculares, a doença isquêmica cardíaca (DIC) e as doenças cerebrovasculares são as mais frequentes e, na maior parte dos casos, têm etiologia conhecida, sendo causadas por fatores de risco bem estabelecidos. Existe consenso entre especialistas de que as doenças cardiovasculares têm origem multifatorial e participam da gênese dos chamados fatores de risco, observados em vários estudos, como o consagrado estudo de Framingham, o estudo INTERHEART, e o estudo brasileiro AFIRMAR. Desses, foram avaliados em nosso estudo: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), obesidade, obesidade central, síndrome plurimetabólica, tabagismo, etilismo, sedentarismo, história familiar coronariana, níveis de HDL e LDL colesterol, triglicérides e gama-GT. Entendidos como agentes causais

que predis põem ao surgimento das doenças cardiovasculares, a monitorização dos fatores de risco auxilia na identificação de sinais antecessores que, ao serem modificados, podem atenuar, ou até mesmo reverter o processo evolutivo das disfunções. Dessa forma, para uma prevenção adequada da doença cardiovascular é necessária uma boa estratificação do risco e real controle dos fatores predisponentes.

OBJETIVO

Descrever o perfil de risco cardiovascular de indivíduos que buscam o ambulatório de cardiologia do HCAP, com o benefício esperado de melhor planejamento de seu atendimento, e também da elaboração de métodos preventivos, por meio de orientações e aplicações de medidas objetivas.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Para a obtenção de dados nesta pesquisa foram coletados dados pessoais, dados da história clínica do indivíduo, e exame físico, durante consulta ambulatorial, no serviço de cardiologia no HCAP, no período de agosto a novembro de 2006. Todos os indivíduos apresentaram consentimento livre e esclarecido, por meio do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi então confeccionada uma ficha clínica individual para registro das informações. As variáveis consideradas no estudo foram aquelas já citadas no item introdução. Aqueles que não apresentavam Eletrocardiograma (ECG) e exames laboratoriais (lipidograma, glicose, ácido úrico e gama-GT) recentes (últimos 6 meses) foram então submetidos a tais exames. Os critérios de seleção dos participantes para essa pesquisa foram: 1) estar em acompanhamento no serviço de cardiologia do HCAP, ou estar procurando este referido serviço pela primeira vez; 2) idade entre 18 e 90 anos; 3) capacidade aparente do indivíduo em compreender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dessa forma, foram incluídos sujeitos com e sem tratamento (ver primeiro item dos critérios de seleção). Como teste estatístico, foi usado o teste "t" de student, e o nível de significância alfa foi de 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os critérios já citados, foram inclusos 73 indivíduos na pesquisa. Foram então avaliados conhecidos fatores de risco cardiovascular, como: idade, diagnóstico prévio de HAS, DM e dislipidemia, tabagismo, etilismo, capacidade funcional, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), medida da circunferência abdominal, pressão arterial durante consulta ambulatorial, dosagens séricas de glicose, ácido úrico, gama-GT, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicerídeos, e avaliação de índices eletrocardiográficos preditores de hipertrofia ventricular esquerda (HVE). A análise das referidas variáveis mostrou uma elevada prevalência dos fatores de risco cardiovascular na população estudada: HAS (73,6%), DM (19,4%), dislipidemia (55,6%), história familiar coronariana (37,5%), tabagismo (26,4%), etilismo (48,6%), obesidade (25%) e baixa capacidade funcional (38,9%). Houve também importante correlação entre eles, evidenciada pela elevada prevalência da síndrome metabólica (42%). Nos indivíduos em tratamento regular, cerca de 30%

dos hipertensos, 38% dos dislipidêmicos e 78% dos diabéticos apresentaram pressão arterial, índices lipêmicos e glicêmicos, respectivamente, dentro dos limites da normalidade. Em relação aos pacientes com síndrome metabólica, não houve alteração significativa, comparada à população estudada, quanto ao sucesso do tratamento para o controle da dislipidemia e do DM. O mesmo não foi observado com a pressão arterial, cujo controle foi obtido em apenas 17% dos pacientes com a síndrome metabólica.

CONCLUSÃO

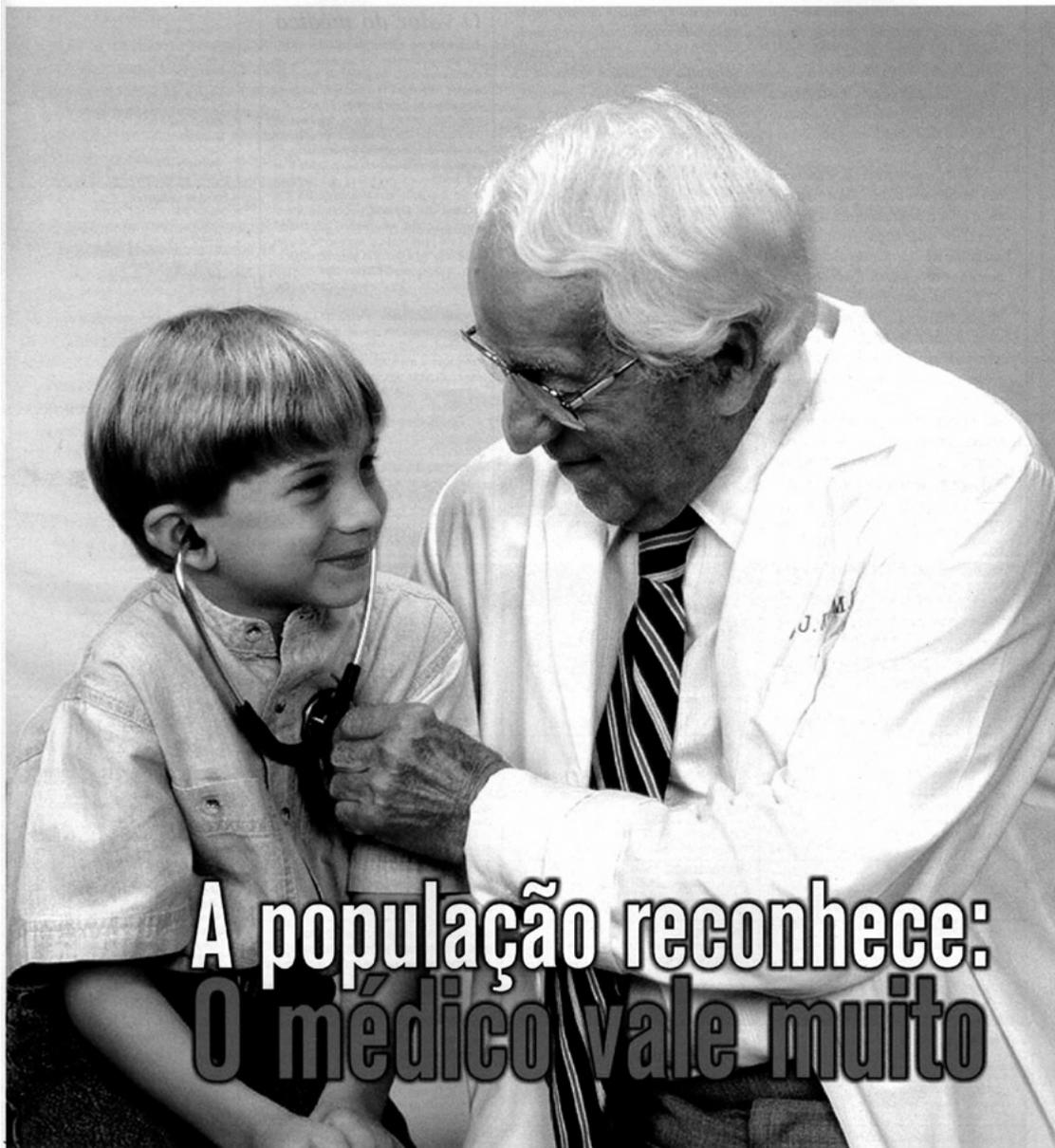
Em sujeitos que fazem acompanhamento do ambulatório de cardiologia do HCAP há elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular. O tratamento específico para DM, HAS e dislipidemia teve impacto na manutenção das respectivas variáveis dentro dos intervalos de normalidade, confirmando a sua contribuição no controle das mesmas. Porém, há ainda a necessidade de controle mais rígido desses fatores de risco, principalmente nos portadores da síndrome metabólica, onde houve maior dificuldade do controle da pressão arterial. Para melhores resultados podemos instituir um trabalho multidisciplinar, desde a educação, que deve ser iniciada no consultório e ampliada à cursos informativos, até a inclusão dos serviços de reabilitação, nutrição e psicologia.

JORNAL DO

CREMERJ

PUBLICAÇÃO OFICIAL DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - nº 205 - NOVEMBRO 2007

ISSN 1980-304x



**A população reconhece:
O médico vale muito**

**4º PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA 2007**

PRIMEIRO LUGAR NO 4º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2007

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Temos, em nossa jornada como médicos, o imenso prazer de conviver e auxiliar na formação de novos colegas. O encontro com a Dra Lize Maciel Pinheiro Guimarães, jovem recém-formada, iniciando sua formação como Residente do Serviço de Clínica Médica de nosso hospital, foi marcante e especial.

Médica em aperfeiçoamento, apresentava nos seus primeiros meses de atuação as qualidades imprescindíveis à boa prática da profissão: compromisso ético, interesse pelo bem estar do ser humano e trabalho em equipe.

Tenho certeza de que se tornou uma médica cada vez mais respeitada e competente, que levará avante a nossa arte, com alegria e dignidade. Um abraço carinhoso, da sua preceptora.

DRA. SANDRA MARIA GARCIA PRÍNCIPE PASSINI
CRM 52 46100-9

A MÉDICA PREMIADA

Nascida na cidade do Rio de Janeiro, mora em Juiz de Fora, Minas Gerais desde 1997. Casada e mãe de uma menina, cursou medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora de 2000 a 2005. Fez Residência em Clínica Médica no Hospital Municipal Salgado Filho em 2006 e 2007.

Posteriormente, fez residência em Gastroenterologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora em 2008 e 2009 e residência em Endoscopia Digestiva no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

DRA. LIZE MACIEL PINHEIRO GUIMARÃES

CRM 52 80318-9



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

MIELOMA MÚLTIPLO: COMO DIAGNOSTICAR? RELATO DE TRÊS CASOS EM 2007

Hospital Municipal Salgado Filho

RESIDENTE: Dra. Lize Maciel Pinheiro Guimarães

PRECEPTOR: Dra. Sandra Maria Garcia Príncipe Passini

DESCRITORES: MIELOMA MÚLTIPLO – DIAGNÓSTICO – ESTUDO DE CASO

Sabemos das dificuldades de diagnóstico de certas doenças em hospitais públicos municipais, onde não temos acesso a determinados exames específicos e a especialistas. No entanto, diante do grande volume de pacientes atendidos em nossas emergências, devemos estar atentos às patologias tidas como raras, mas que podem estar presentes e que só serão diagnosticadas corretamente se tivermos conhecimento detalhado da patologia.

Relatamos 3 casos de Mieloma Múltiplo durante o ano de 2007. Os pacientes foram atendidos inicialmente no Serviço de Emergência do hospital e, posteriormente, internados no Serviço de Clínica Médica. Todos foram avaliados pelo dr. Celso Fajardo, hematologista do Hospital da Piedade, para onde foram encaminhados, de ambulância, durante a internação. O diagnóstico foi realizado através de biópsia de medula óssea. Todos foram transferidos, após o diagnóstico confirmado, para serviços especializados: 2 para o INCa e 1 paciente para o Serviço de Hematologia do Hospital da Lagoa.

Em relação ao sexo, 2 pacientes eram homens e 1 mulher. A idade variou de 60 a 66 anos. 2 pacientes eram negros e 1 pardo. A apresentação inicial, nos homens, foi de insuficiência renal leve, sangramento de mucosa (epistaxis, enterorragia), lesões íticas ósseas, hiperglobulinemia. Na

paciente de sexo feminino, a apresentação foi como fratura patológica de vértebra, sendo realizada a biópsia.

COMO DIAGNOSTICAR?

- Porta de entrada do Sistema de Saúde: emergência
- Importância da boa anamnese nas emergências/urgências clínicas
- Ampliar as possibilidades diagnósticas
- Treinamento do residente: a importância do diagnóstico correto

RELATO DE TRÊS CASOS EM 2007

- Todos chegaram ao hospital pela emergência
- Sexo masculino: 2
- Sexo feminino: 1
- Faixa etária: sexta década
- Raça: 2 negros, 1 parda

SINAIS E SINTOMAS

- Todos tinham dor lombar/óssea
- Todos tinham anemia normo/normo

- Todos tinham insuficiência renal leve
- 2 apresentaram sangramento de mucosa (epistaxis, enterorragia)
- Todos tinham elevação de globulinas
- RX: lesões líticas ósseas nos homens.
- Fratura vertebral patológica na mulher.

DIAGNÓSTICO

- Biópsia de medula óssea: 2 casos
- A biópsia foi realizada no Hospital da Piedade – dr. Celso Fajardo
- Infiltração plasmocitária (> 60%)
- Biópsia de corpo vertebral na paciente que fez fratura patológica
- Não foi possível realizar eletroforese

COMPLICAÇÕES

- 1 paciente fez infecção urinária
- 1 paciente fez pneumonia
- Todos responderam bem ao tratamento com antibióticos durante a internação

TRATAMENTO

- Transplante de medula
- Quimioterapia
- Objetivos do Tratamento: aumento de sobrevida, melhora na qualidade de vida
- Encaminhamento do paciente masculino: INCa
- Encaminhamento da paciente feminina: Hospital da Lagoa, Serviço de Hematologia

CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

- 10% de neoplasias hematológicas Discrasias plasmocitárias: alteração na produção das imunoglobulinas – Pico Monoclonal na

Eletroforese

- Faixa-etária: > 50 anos
- Predomina no sexo masculino
- Predomina na raça negra
- Anemia, insuficiência renal, hipercalemia
- Lesões ósseas líticas, fraturas patológicas
- Anemia: ocupação da medula, inibição de eritropoiese
- Insuficiência renal: proteinúria de Bence Jones
- Infecções: hipogamaglobulinemia funcional
- Hemorragias: hiperviscosidade, disfunção plaquetária

CONCLUSÃO

- Atenção para os sinais e sintomas
- Valorizar as queixas clínicas
- Importância de uma avaliação laboratorial mínima no PS: hemograma, função renal, EAS
- Investigação radiológica em queixas de dor óssea nessa faixa etária
- Suspeitar – diagnosticar - encaminhar

SEGUNDO LUGAR NO 4º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2007

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Dr. Daniel Guinim foi nosso Residente durante os anos de 2005/2006 /2007, quando começou as suas atividades como médico residente civil em 2005 e nos anos seguintes como médico militar, tendo-o exercido com denodo seu trabalho como medico tanto como militar, com respeito às normas éticas e de estudo.

O trabalho que apresentou no CREMERJ, foi o mesmo que apresentou na obtenção do titulo de especialista da SBOT, prova que obteve o título de especialista no início do ano de 2008.

Hoje em dia é Diretor do Hospital de Porto Real e Responsável Técnico da UPA de Resende, provas de sua capacidade técnica e comprometimento com a Medicina.

DR. JOSÉ RENATO QUEIROGA ALBUQUERQUE

CRM 52 28573-3

O MÉDICO PREMIADO

Nascido em Niterói, sou o filho mais velho de Getúlio Dias Macedo e Maria Amélia Pereira Guinim. Tenho uma irmã, Silvia Guinim Macedo e sou casado com Karina Sobral Ramón, companheira e amiga desde os tempos da faculdade sempre me apoiando e aconselhando nos momentos mais difíceis.

Desde garoto, quando passava as férias escolares na pacata Cambuci, cidade do interior do estado do Rio de Janeiro, onde moravam meus avós sempre alimentei o sonho de ser médico e mesmo sem nenhum parente na área de saúde sempre fui incentivado pela família. Estudando boa parte da minha vida no Instituto Abel (ensinos fundamental e médio) em Niterói, consegui uma boa base para aprovação no vestibular de medicina me formando no ano de 2003 pela Universidade Iguazu, no mesmo ano em que conheci no internato minha colega de profissão, e que viria a ser minha esposa.

Convocado pelas forças armadas para cumprir o serviço militar obrigatório em 2004 no ano seguinte seria aprovado para residência médica do Hospital Naval Marcílio Dias, em Ortopedia e Traumatologia, durante os anos de 2005/2006/2007. Ao final do primeiro ano de residência me casei e diferente da maioria dos casais, me mudei para o hospital após a lua de mel só retornando para casa aos fins de semana. Ao final do R3 resolvi apresentar o trabalho no prêmio de Residência Médica, realizado pelo CREMERJ ficando em 2º lugar, trabalho este que foi usado na minha monografia para prova de obtenção do título e também publicado na revista "Arquivos Brasileiros de Medicina Naval", da Marinha do Brasil.

Concluindo o curso em 2007, prestei prova para a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), em janeiro de 2008, sendo aprovado e me tornando membro titular da mesma. Neste mesmo ano me mudei para Resende, cidade da minha esposa e que me recebeu com muito carinho e de braços abertos. Concursado em Resende e Porto Real (cidade vizinha e um dos principais polos automotivos do país) ainda fui convidado a retornar ao hospital naval Marcílio Dias, na qualidade de staff plantonista alguns anos depois. Hoje sou diretor do Hospital Municipal São Francisco de Assis, em Porto Real e Responsável Técnico da UPA-Resende, além de prestar atendimento no SUS e em meu consultório particular.

DR. DANIEL GUINIM MACEDO

CRM 52 75657-1



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

COMPARAÇÃO DO SANGRAMENTO PÓS-OPERATÓRIO ENTRE A CIRURGIA ASSISTIDA POR COMPUTADOR E A CONVENCIONAL NA ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

Hospital Naval Marcílio Dias

RESIDENTE: Dr. Daniel Guinim Macedo

PRECEPTOR: Dr. José Renato Queiroga Albuquerque

DESCRITORES: ARTROPLASTIA DO JOELHO – CIRURGIA ASSISTIDA POR COMPUTADOR - PÓS-OPERATÓRIO

OBJETIVO

Avaliar, comparando a técnica convencional, a diminuição do sangramento pós operatório em pacientes submetidos à artroplastia total do joelho assistida por computador.

Métodos: estudo retrospectivo da perda sanguínea pós-operatória em 48 pacientes submetidos à artroplastia total do joelho divididos em 2 grupos: um grupo submetido à cirurgia assistida por computador e outro ao procedimento convencional.

Parâmetros: Volume sanguíneo contido no dreno de sucção a vácuo e dosagem de Hb.

INTRODUÇÃO

A osteoartrose do joelho é uma doença degenerativa cuja prevalência está crescendo, devido a um aumento da expectativa de vida.

A artroplastia total do joelho (ATI) tem como principal indicação o alívio da dor, possibilitando a correção do alinhamento e em alguns casos, melhora do arco de movimento e de marcha.

Na ATJ, há uma perda sanguínea considerável, aumentando consequentemente as taxas de morbi-mortalidade.

Alguns métodos são utilizados para diminuir o sangramento per e pós-operatório, como: manguito pneumático, cirurgias minimamente invasivas e substâncias anti-fibrinolíticas.

Com a incorporação de novas tecnologias na prática médica, existe atualmente a cirurgia assistida por computador para a realização de alguns procedimentos ortopédicos, dentre estes a ATI. Nosso estudo objetiva avaliar se a cirurgia assistida por computador contribui para a redução do sangramento.

PACIENTES E MÉTODOS

Avaliamos retrospectivamente os prontuários de 70 pacientes submetidos à ATI, entre o período de março de 2005 a julho de 2007.

Todos os pacientes foram submetidos a uma rotina pré-operatória, que consiste na avaliação clínica pelo cirurgião, cardiologista e anestesista, além da realização de exames pré-operatórios (com dosagem dos níveis de hemoglobina sanguínea).

Pós operatório imediato:

- UPO (unidade de cuidados semi-intensivos)
- Medida do volume drenado imediatamente

após a cirurgia e controle por 48h.

- ATB profilática + Analgesia.

Entre 24 e 48h:

- Profilaxia p/ TVP
- É retirado o dreno de sucção
- Solicitado HC de controle

As perdas sanguíneas foram avaliadas através do volume sanguíneo drenado nas primeiras 48h, e a diferença dos níveis de hemoglobina (Hb) calculada pela seguinte fórmula:

- HB pré-operatória – HB pós-operatória

Incluimos neste estudo apenas pacientes com osteoartrose primária do joelho.

Critérios de exclusão:

- Ausência de informações adequadas no prontuário (falta do registro do volume drenado e/ou ausência de exames pré e pós-operatório).
- Pacientes que tiveram o dreno retirado antes de completar 48h.
- Pacientes portadores de doenças hematológicas.
- Pacientes medicados com anti-coagulantes.
- Pacientes submetidos a artroplastia de revisão.
- Foram descartados do estudo 22 pacientes por não se enquadrarem nos critérios acima.

Os 48 pacientes restantes foram divididos conforme o tipo de procedimento, em 2 grupos:

- No grupo A: cirurgia convencional – 22 pacientes e,
- No grupo B: cirurgia assistida por computador – 26 pacientes.

O grupo A: 15 pacientes do sexo F e 7M

O grupo B: 16 pacientes do sexo F e 10M

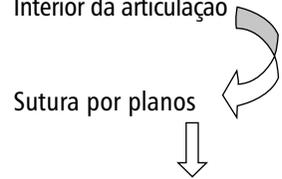
A média de idade foi semelhante entre os grupos.

O estudo foi avaliado e aprovado pela comissão de ética do hospital.

Técnica Cirúrgica

- Mesmo Cirurgião
- Mesma Instituição (HNMD)
- Mesma Técnica anestésica (raquianestesia)
- Paciente DDH
- Isquemia com manguito pneumático, a pressão de 400 mmHg, após exsanguinação com faixas de compressão elástica.
- A via de acesso utilizada foi a retinacular parapatelar medial com joelho fletido a 90°.
- Seguiram-se os cortes ósseos e o balanço ligamentar, sem preservação do ligamento cruzado posterior.
- Utilizando a prótese total cimentada (Search-Evolution, da Aesculap, Alemanha) sem atroplastia do componente patelar.

Após a ATJ ⇒ dreno de sucção a vácuo no Interior da articulação



Como a diferença entre os grupos, destacamos a utilização da perfuração da medular da tibia e do fêmur para colocação dos guias para alinhamento da prótese no grupo convencional e uso de pinos bicorticais de 4mm para a instalação dos sensores de posicionamento do navegador, que no caso, foi o Orthopilot® da Aesculap, Alemanha.

O navegador ⇒ ondas infra-vermelhas

Sensores fixados aos posicionadores (femoral e tibia) e guias de instrumentação

Enviam ao computador informações do posicionamento, em uma sequência de

referências ósseas por ele solicitadas



Reconstrução tridimensional da área informando: 1-alinhamento, 2-posicionamento ideal para a realização dos cortes ósseos, 3- tamanho dos componentes femoral e tibial, 4-tamanho do polietileno.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para elaboração e processamento dos dados estatísticos, utilizamos o programa de análise estatística BioEstat versão 3.0 e, através do teste paramétrico T-Student.

Os resultados foram considerados estatisticamente significativos, quando apresentaram probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$). Tendo, portanto, 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

RESULTADOS

A média do volume sanguíneo drenado foi de 706ml (intervalo de confiança (IC) da amostra de 95% = de 591 a 820ml) no grupo assistido por computador e, 1047 (IC 95% = 898 a 1195ml) no grupo convencional.

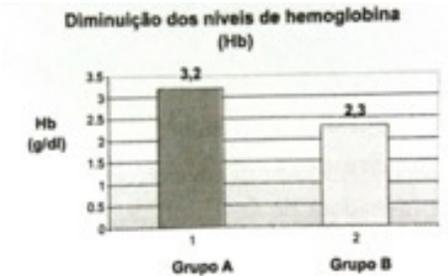
A diferença entre as médias (341 ml; IC 95% = 162 a 520 ml) foi estatisticamente significativa ($p=0.0005$).



Perda sanguínea (ml) pelo dreno de sucção a vácuo nos grupos de estudo: grupo A – cirurgia convencional e grupo B – Cirurgia assistida por computador.

Houve ainda uma redução nos níveis de Hb no grupo assistido por computador foi de 2,3" dl (IC 95% = 1.9 a 2.7" dl) contra 3,2 dl (IC 95% = 2.9 a 3.5" dl) no grupo convencional.

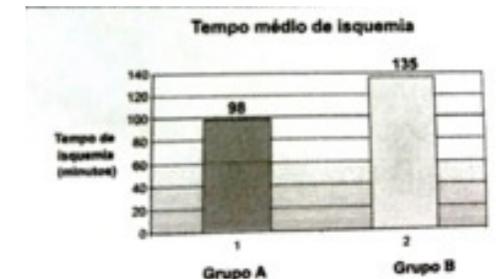
A diferença entre as médias (0,9 g" dl; IC 95% = 0.4 a 1.4g"dl) foi estatisticamente significativa ($p= 0.0007$), confirmando que há diferença estatística na redução do volume sanguíneo drenado entre os grupos.



Diminuição nos níveis de hemoglobina (Hb) nos grupos de estudo: grupo A – cirurgia convencional e grupo B – cirurgia assistida por computador.

Foi observado o aumento médio de 37 minutos no tempo total de isquemia do grupo submetido à cirurgia assistida por computador. Sendo o tempo médio de 98 minutos nos pacientes submetidos à cirurgia assistida por computador.

A diferença de 37 minutos no tempo total de isquemia foi estatisticamente significativa ($p=0.000$) e creditado a curva de aprendizado do procedimento, sem que nenhuma complicação maior tenha ocorrido.



Tempo médio de isquemia em minutos nos grupos do estudo: grupo A – cirurgia convencional e grupo B – cirurgia assistida por computador.

DISCUSSÃO

Estudos recentes demonstram que a ATJ realizada pela técnica assistida por computador, proporciona melhor alinhamento dos componentes do implante e do joelho, quando

comparado à técnica convencional. Menos chance de complicações relacionadas ao posicionamento além de diminuir as chances de hemotransfusão no pós-operatório, uma vez que realizamos cortes ósseos mais econômicos.

Como desvantagens da técnica assistida por computador citamos a aquisição do navegador, instrumental e sensores utilizados. O treinamento da equipe, o que fez com que aumentasse o tempo do procedimento em média 37 minutos. Aumento no custo por procedimento, em média, de 600 a 2000 dólares.

Ressaltamos que, após o treinamento e a adaptação da equipe, houve a redução do tempo cirúrgico, fato relacionado com a curva de aprendizado.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que há uma significativa redução do sangramento pós-operatório na técnica assistida por computador. Fato corroborado por um menor volume sanguíneo drenado e por uma menor queda nos níveis de hemoglobina, quando comparados à técnica cirúrgica convencional.

Portanto, a cirurgia assistida por computador é eficaz na redução do sangramento pós-operatório na ATJ, diminuindo o potencial de morbi-mortalidade do procedimento.

TERCEIRO LUGAR NO 4º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2007

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Orientar alunos de graduação e pós-graduação é uma tarefa bastante gratificante. Desde a discussão sobre a hipótese do trabalho, passando pela coleta de dados até a elaboração do texto, todos os passos são extremamente importantes para a formação dos mesmos.

No caso da Residente Lia, chamo atenção para o seu empenho e empolgação contagiantes. Na hora da apresentação, demonstrou segurança e conhecimento de tudo que havia sido elaborado.

Fica o registro da alegria de ver o trabalho executado com tanto capricho sendo premiado. Envio meu estímulo a todos que lidam com Residentes que participem desta experiência.

DRA. ANA ALICE IBIAPINA PARENTE

CRM 52 51991-8

A MÉDICA PREMIADA

Médica neuropediatra.

Título de especialista em pediatria e neurologia pediátrica e membro titular SBP e SBNI; Neurofisiologista clinica membro titular da SBNC; Residência médica em pediatria e neuropediatria na UFRJ; Mestrado em clínica médica pela UFRJ; Neuropediatra e neurofisiologista do Centro de Epilepsia do Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer.

DRA. LIA THEÓPHILO KRÜGER

CRM 52 81711-2



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE CRIANÇAS COM SIBILÂNCIA EM USO DE CORTICOSTERÓIDES INALATÓRIOS (CI) ASSOCIADOS A BETA DOIS-AGONISTAS DE AÇÃO PROLONGADA (LABA)

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

RESIDENTE: Dra. Lia Pires de Moura Theóphillo

PRECEPTORA: Dra. Ana Alice Ibiapina Parente

DESCRITORES: SIBILÂNCIA – CORTICOSTERÓIDES INALATÓRIOS – TRATAMENTO PARA ASMA

INTRODUÇÃO

A meta do tratamento da asma é a obtenção e manutenção do controle dos sintomas e

prevenção das exacerbações. Para que isto ocorra a associação de corticosteroide inalatório (CI) e beta-agonista de ação prolongada (LABA) estão sendo utilizados em crianças nas diferentes faixas etárias, obtendo-se resultados promissores no controle da doença.

OBJETIVOS

O estudo visa observar clinicamente crianças com sibilância acompanhadas no Serviço de Pneumologia Pediátrica e tratadas com a associação de corticosteróide (CI) e beta dois agonista de longa ação (LABA) por via inalatória, a frequência de efeitos colaterais e a adesão ao tratamento.

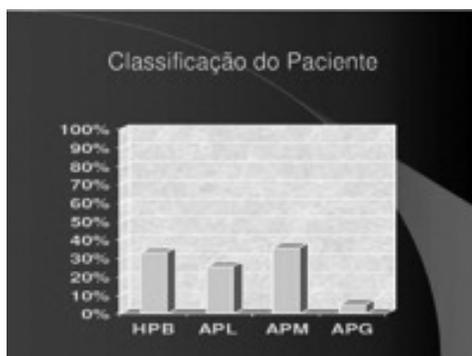
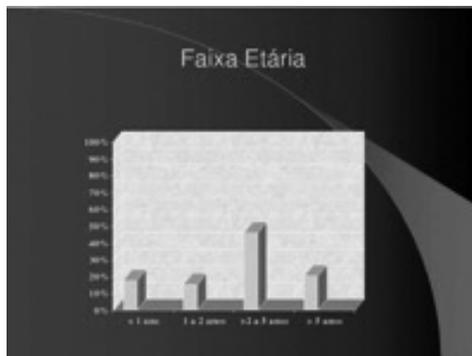
Materiais e Métodos Estudo descritivo, retrospectivo, com avaliação de 39 crianças, de janeiro a dezembro de 2006, com diagnóstico de sibilância, que iniciaram tratamento com CI associado a LABA. Os dados foram coletados a partir dos prontuários, com formulário próprio. Foram analisados: sexo, idade no

início da medicação, quadro clínico, adesão ao tratamento, evolução clínica e efeitos colaterais. Os pacientes que não retornaram à consulta foram contactados por telefone.

Coleta de dados Os dados foram coletados dos prontuários, que fazem parte do arquivo geral do hospital, por pós-graduandos e residentes do programa de pediatria geral treinados e sob supervisão, utilizando um formulário próprio.

DADOS ANALISADOS

- idade de início da medicação: menores de 1 ano, de 1 a 2 anos, 2 a 5 anos e maiores de 5 anos;
- classificação segundo a IV Diretriz no Manejo da Asma;
- boa adesão ao tratamento: pacientes que utilizaram o medicamento por um período mínimo de 2 meses;
- evolução clínica: sendo satisfatória quando apresentava diminuição no grau de severidade da asma e redução no número de crises;
- efeitos colaterais relatados.



RESULTADOS

Das 39 crianças, houve um predomínio de dois a cinco anos: 18 (46,2%). Quanto à adesão ao tratamento, 35 (89,7%) apresentou boa adesão. Quanto à resposta ao tratamento, 24 (61,5%) pacientes tiveram uma resposta satisfatória e 4 (10,3%) não retornaram.

Correlacionando idade e evolução, encontramos evolução satisfatória em 2 (28,6%) menores de 1 ano e em 13 (72,2%) de 2-5 anos. Houve resposta satisfatória em 6 (46,2%) no grupo de HRB, 7 (70%) no grupo com APL, 9 (64,3%) no grupo com APM e 2 (100%) no grupo de APG.

Conclusões Observou-se evolução satisfatória na maioria dos casos, exceto no grupo de menores de 1 ano. Crianças com diagnóstico de asma, obtiveram uma melhor resposta. Não foram encontrados efeitos colaterais e a adesão foi satisfatória na maioria. São necessários estudos prospectivos com número maior de pacientes para melhor avaliação desta associação medicamentosa que vem sendo utilizada em crianças com resultados promissores no controle da asma.



JORNAL DO

CREMERJ

PUBLICAÇÃO OFICIAL DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - nº 213 - AGOSTO/SETEMBRO 2008

1524 1000-704



Inicia-se mais uma gestão
Causa Médica

**5º PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA 2008**

PRIMEIRO LUGAR NO 5º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2008

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Pediatria iniciado no ano 2000, no HMJESUS. Quando naquele ano, 2008, decidimos enviar um trabalho para o Concurso do CREMERJ, havíamos tido muitos casos pneumológicos interessantes, porém coincidentemente apareceram três crianças com tuberculose na forma tumoral, de aspecto similar entre elas, mas relativamente raro no universo da tuberculose pediátrica. Não tivemos mais dúvida sobre o tema do nosso trabalho.

O HMJE é referencia na cidade do Rio de Janeiro no tratamento de crianças e adolescentes com tuberculose, muitos casos raros e de difícil diagnóstico são encaminhados ao hospital. Sou médica desse hospital há mais de trinta anos, desde o internato, fiz residência médica em Pediatria, posteriormente frequentei outra residência, em Cardiologia Pediátrica, e finalmente Pneumologia, que exerço há mais de vinte anos.

Sem dúvida, a tuberculose constitui o foco dos meus estudos, a tese de mestrado versou sobre Quimioprofilaxia da tuberculose, realizada com pacientes do próprio hospital. Há dois anos defendi a tese de doutorado abordando o tema de Diagnóstico de tuberculose em pacientes infectados pelo HIV, na URFJ. Nesse mesmo local, Ângela defendeu sua tese de mestrado com o tema de Quimioprofilaxia, com pacientes do HMJE. Minha ex-residente Angela, hoje uma amiga muito querida, sempre se destacou por sua dedicação, responsabilidade e conhecimento. Também foi residente de pediatria no HMJE antes de se especializar em Pneumologia. Atualmente, vive em Macaé onde exerce de forma brilhante sua especialidade e me enche de orgulho por ter sido sua preceptora.

DRA. SOLANGE GONÇALVES DAVID DE MACEDO
CRM 52 39007-4

A MÉDICA PREMIADA

Concluiu a Residência Médica na área de Pediatria e Pneumologia Pediátrica no Hospital Municipal Jesus, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Pós-graduação *Stricto Sensu* em Medicina Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente é Médica Pediatra e Pneumologista Pediátrica da Fundação Hospitalar Municipal de Macaé, Coordenadora do Programa de Residência Médica em Pediatria da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé e Membro da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Pediatria e Pneumologia Pediátrica, atuando principalmente na pesquisa científica do seguinte tema: tuberculose na infância.

DRA. ÂNGELA MÁRCIA CABRAL MENDONÇA

CRM 52 71776-2



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

TUBERCULOSE PULMONAR PRIMÁRIA COM APRESENTAÇÕES ANÔMALAS MIMETIZANDO MASSAS TUMORAIS EM CRIANÇAS

Hospital Municipal Jesus

RESIDENTE: Dra. Ângela Márcia Cabral Mendonça

PRECEPTOR: Dra. Solange Gonçalves Davi de Macedo

DESCRITORES: TUBERCULOSE PULMONAR PRIMÁRIA – MASSAS TUMORAIS- CRIANÇAS

INTRODUÇÃO

Após a penetração no organismo por via respiratória, o *M. Tuberculosis* pode se disseminar e se instalar em qualquer órgão, seja durante sua primoinfecção, quando não temos bem desenvolvido uma imunidade específica, ou depois, a qualquer tempo, se houver queda na capacidade do hospedeiro em manter o bacilo em seus sítios de implantação.

As formas da doença pode ser em vários sítios, desde formas pulmonares quanto extrapulmonares que englobam pleural, ganglionar, osteoarticular, geniturinária, intestinal, peritoneal, pericárdica, tuberculose do SNC, ocular e cutânea.

Quando extrapulmonares, acontecem em órgãos sem condições ótimas de crescimento bacilar, sendo sempre de instalação insidiosa e evolução lenta, sendo responsáveis por quadros clínicos variados desde apresentação puramente clássicas à manifestações que podem simular formas tumorais em crescimento. Assim, a análise criteriosa de métodos de imagem associada a alto grau de suspeição, dentro de um contexto clínico epidemiológico, pode ser decisiva na definição dos casos.

OBJETIVO

Relato de duas crianças com tuberculose,

pulmonar e abdominal, atendidas neste ano em uma instituição onde ocorre o curso de residência médica em pneumologia pediátrica, com imagem inicial que mimetizava massas tumorais em respectivos sítios de implantação já descritos. Descrição diferencial de diagnóstico em adultos, que tem se mostrado mais fácil que as crianças por estas serem paucibacíferas e com dificuldade de isolamento do agente causador, fortalecendo a definição diagnóstica com base em história clínica propriamente dita

CASOS

São descritos dois pacientes, com idades de 2 e 5 anos, ambas do sexo feminino, denominados caso A e B.

Caso A:

NBS, 5a, queixa inicial de emagrecimento e dor com distensão abdominal. Exame físico com hepatoesplenomegalia, impetigo em MMII, ascite, massa palpável e mal delimitada em hipocôndrio D. Péssimas condições sócio-econômicas. Exames laboratoriais normais do início à resolução do quadro. USG abdominal com formação expansiva hipocóica e heterogênea, medindo 400 x 320 mm, e nódulo peritoneal em hipocôndrio D. TC toracoabdominal com presença de massa torácica heterogênea, medindo 630mm, ocupando mediastino

anterior e com extensão até região traqueal D e massa mal definida de 42 x 38mm, envolvendo mesentério e alças. Realizado

procedimento cirúrgico diagnóstico laparotomia exploradora sendo visualizados múltiplas aderências e linfonomegalias que foram biopsiadas e teve laudo histopatológico de processo crônico granulomatoso com necrose difusa. Descartado processo neoplásico. Encaminhado à Pneumologia Pediátrica pela pediatria geral. Só então feito história epidemiológica positiva e solicitado PPD. Iniciado esquema RIP e corticoterapia. Regressão dos sintomas e sinais com o tratamento. Positividade posterior do Lavado Gástrico.

Caso B:

MENS, 2a, queixa inicial de pneumonia não responsiva a tratamento adequado. Exame físico com tosse e cansaço importante, febre esporádica. Evolução do quadro de 40 dias. Imagem torácica ao Raio X de hipotransparência em ápice E mantida. História epidemiológica negativa de contato com tuberculose. Anti_HIV negativo. TC de Tórax com massa heterogênea volumosa sem calcificações em 1/3 superior do pulmão localizada em mediastino médio e desvio do brônquio fonte esquerdo. Encaminhada à Pneumologia Pediátrica para pesquisa das hipóteses diagnósticas de linfoma, timoma ou forma atípica de tuberculose. Solicitado broncoscopia onde evidencia linfonomegalias com compressão da árvore brônquica. Solicitado PPD que responde com forte reação. Iniciado RIP com regressão dos sinais e sintomas. Positividade posterior do Lavado Gástrico.

COMENTÁRIOS

Destaca-se a utilidade de métodos de imagem associados a uma história clínica epidemiológica que deve estar sempre em mente de um pediatra ou clínico geral na abordagem de pacientes com imagens não esclarecidas, mesmo que sugestivas de lesões tumorais; bem como a evolução satisfatória nos casos.

SEGUNDO LUGAR NO 5º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2008

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

O artigo "Características clínicas e laboratoriais da neurosífilis: análise de 15 casos", elaborado no ano de 2008, durante o 3º ano de residência da Dra Pérola de Oliveira, foi fruto de seu incansável e elogiável esforço na aquisição, processamento e interpretação dos dados obtidos de pacientes internados no Serviço de Neurologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado entre os anos de 2002 e 2007. Ajudou a dimensionar o problema da sífilis, além de demonstrar as principais formas de apresentação dessa doença no nosso meio.

A Dra. Pérola de Oliveira concluiu seu curso de Residência em Neurologia no Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, em janeiro de 2009. Demonstrou possuir, ao longo de sua formação, os pré-requisitos fundamentais à nossa profissão: inteligência, ética, determinação, interesse científico, carinho com os pacientes e amizade com os colegas. Predicados que justificam o orgulho que nós, do Serviço de Neurologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado, experimentamos em ter participado e contribuído em sua formação profissional.

DR. MARCELO CAGY

CRM 52 60246-2

Mestre em Ciências pela COPPE, UFRJ, em Engenharia Biomédica

Médico neurologista do HFSE desde 2006.

A MÉDICA PREMIADA

A autora possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora em 2005. Concluiu residência em Neurologia no Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, em janeiro de 2009 e fez mestrado na UnB, com término em 2014. Atualmente é médica neurologista da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, em Brasília.

DRA. PÉROLA DE OLIVEIRA
CRM 52 80460-6



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS DA NEUROSSÍFILIS: ANÁLISE DE 15 CASOS

Hospital Dos Servidores do Estado

RESIDENTE: Dra. Pérola de Oliveira

PRECEPTOR: Dra. Marcelo Cagy.

DESCRITORES: NEUROSSÍFILIS – ANÁLISES CLÍNICAS – ESTUDO DE CASO

INTRODUÇÃO

Apesar da redução na incidência da neurosífilis com a introdução da penicilina, a doença continua sendo um problema de saúde nos países em desenvolvimento, principalmente após o advento da AIDS^{1,2}. As formas de apresentação são classificadas em precoces: assintomática, meníngea e meningovascular e tardias: paralisia geral progressiva (PGP), tabes dorsalis e goma. Outras formas descritas são atrofia óptica e hipoacusia^{3,4,5}.

MÉTODOS

Foram avaliados, retrospectivamente, 15 pacientes com diagnóstico confirmado de neurosífilis internados no Serviço de Neurologia do Hospital dos Servidores do Estado, RJ, no período compreendido entre janeiro de 2002 a dezembro de 2007. Os critérios para inclusão foram: a presença de uma das formas acima descritas de neurosífilis e teste positivo para anticorpos não treponêmicos (VDRL) no líquido cefalorraquidiano (LCR).

RESULTADOS

Da amostra total, 8 (53%) eram do sexo masculino; a média de idade foi 56,8 anos

(desvio padrão [dp]16,48 anos). As síndromes clínicas mais prevalentes foram tabes dorsalis e PGP representando cada uma 20% dos casos. Demência foi o sintoma mais comum, sendo observado em 33% dos casos como manifestação única e em 73% combinada com outras síndromes. O VDRL sérico foi negativo em três casos e o teste treponêmico (TPHA) sérico foi negativo em dois destes três pacientes. A análise líquórica mostrou média de celularidade de 12,83 cél/mm³ (dp:17,81 cél/ mm³) ; média de concentração de proteína de 73,75 mg/dl (dp:56,34 mg/dl) e média de glicose de 62,5 mg/dl (dp:10,71 mg/dl). O TPHA foi positivo no LCR em todos os casos. Apenas dois pacientes apresentaram ELISA anti HIV no soro positivo. Todos receberam tratamento com penicilina cristalina durante 14 a 21 dias.

CONCLUSÕES

1. Houve predomínio das formas tabética e parética da neurosífilis, diferente do que afirma a literatura, na qual a forma meningovascular é a mais prevalente. Além disso, reflete-se a falência do diagnóstico nas formas precoces da doença em nosso meio.

2. Não houve predominância estatística significativa dos sexos neste estudo, embora

seja sugerido que a sífilis terciária seja mais comum em homens 1,4,6.

3. O VDRL e TPHA séricos negativos não afastam o diagnóstico de neurosífilis.

4. Apesar da maior incidência da sífilis como co-infecção com HIV, somente 13% da amostra avaliada apresentava ambas comorbidades.

Assim, o diagnóstico de neurosífilis deve ser sempre considerado na suspeição clínica, principalmente em populações menos favorecidas e em países com assistência deficiente à saúde primária.

REFERÊNCIAS

1) Pavlovic DM, Milovic AM. Clinical characteristics and therapy of neurosyphilis in patients who are negative for human immunodeficiency virus. *Srp Arh Celok Lek.* 1999 Jul-Aug;127(7- 8):236-40.

2) Rowland, LP. Merrit tratado de Neurologia. 10a ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro; 2002. p. 154-160.

3) Ashok Verma. Infectious of the nervous system. In : *Neurology in clinical practice*, 5 ed. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Butterworth-Heinemann. Philadelphia; 2008. Vol 2, p.1493.

4) Yahyaoui M, Serragui S, Regragui W, Errguig L, Mouti O, Benomar A, Chkili T. Epidemiological and clinical aspects of neurosyphilis in Morocco. *East Mediterr Health J.* 2005 May;11(3):470-7.

5) Ropper, AH; Brown, RH. *Adams and Victor's principles of neurology*. 8th ed. Mc Graw Hill: USA; 2005. p. 634-636.

z

6) Jarmouni R, Mouatamid O, El Khalidi AF, Afailal A, Habib Eddine S, Nejjam F, Lakhdar H. Neurosyphilis: 53 cases. *Rev Eur Dermatol MST.* 1990 Dec;2(10):577-8

TERCEIRO LUGAR NO 5º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2008

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

É com muito orgulho e prazer que apresento esta autora.

O convite me fez voltar no tempo, sorrir e lembrar da Maternidade Carmela Dutra, onde também fui residente..... Voltei muito no tempo, sorri, avancei no filme mental e encontrei Fernanda Maria, Carlos Pires, Vera Fonseca, Sergio Rosa e outros memoráveis colegas.

Lembrei da menina altiva, cabelos alourados, elétrica, sorridente...Fernanda Maria Braga.

Fernanda chegou para sua residência medica na maternidade Carmela Dutra, tendo chamado minha atenção pela natureza questionadora e instigante da sua personalidade, mas também por uma determinação e vontade de fazer a diferença para as pessoas.

Assim conjugava a vontade e empenho, o compromisso com o paciente e com a residência, era

Estudiosa, feliz e agregadora para o grupo. Movia positivamente a residência trazendo as críticas pertinentes para a melhora da formação.Durante as reuniões e seminários da residência medica, lembro-me das observações o numero de atendimentos de pacientes com abortamentos atendidos, decorrentes de gestações desejadas e de gestações não desejadas, não programadas. Em uma de nossas conversas lembro que ela perguntou como era o acesso a métodos contraceptivos no serviço público e colocou a sua pergunta: por que tantos abortamentos? Podemos fazer um trabalho. Pronto... Fez...

Durante o plantão no seu tempo livre, montou colheu os dados, e... Nasceu este trabalho que foi premiado. Muito orgulho senti do prêmio recebido no auditório do CRM!!!!

Aquela menina estava contaminada pela vontade de saber, seguiu fez mastologia tornou-se uma funcionaria da Prefeitura, foi para o Carmela Dutra... Criou raiz na Casa de formação e foi cuidar da Formação dos Residentes da Casa que a acolheu para melhorar a Formação em Ginecologia e Obstetrícia. Substituiu o Dr. Carlos na função de responsável pelo Centro de Estudos e cuida dos residentes.... A Vida devolveu na memória daqueles que a conheceram e sentiram o exemplo que formava. Fernanda seguiu seu instinto e vontade de fazer a diferença e seguiu fazendo diferença e.... esta edição comemorativa aproximou a preceptora agora orgulhosa demais da Fernanda Maria Braga, hoje funcionaria da Maternidade Carmela Dutra, Responsável pela residência Medica e pelo Centro de Estudos da unidade, que mantém o mesmo desejo e cumpre seu maior objetivo: Fazer a diferença neste mundo!

Estou muito orgulhosa e lisonjeada de fazer parte deste momento da sua trajetória! Que presente você proporciono a mim!!

Muito obrigada!! Parabens Fernanda!

DRA. CLAUDIA DA SILVA LUNARDI
CRM 52 50407-0

A MÉDICA PREMIADA

Médica pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Residência Médica em Obstetrícia & Ginecologia concluída no Hospital Maternidade Carmela Dutra e Hospital Municipal Salgado Filho; Residência Médica em Mastologia concluída no Instituto Nacional de Câncer; Mastologista do Serviço de Ginecologia do Hospital Federal da Lagoa; Médica Obstetra do Hospital Maternidade Carmela Dutra; Coordenadora da Residência Médica de Obstetrícia do Hospital Maternidade Carmela Dutra.

DRA. FERNANDA MARIA DA SILVA BRAGA

CRM 52 81880-1



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

CORRELAÇÃO ENTRE A INTERNAÇÃO POR ABORTAMENTO E O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Hospital Maternidade Carmela Dutra

RESIDENTE: Dra. Fernanda Maria da Silva Braga

PRECEPTORA: Dra. Claudia Lunardi

COAUTORES: Dra. Betânia Nunes

Dr. Bernardo Ferraro

Dra. Cecília Canedo

DESCRITORES: PLANEJAMENTO FAMILIAR – ABORTAMENTO

OBJETIVOS

Avaliar as mulheres atendidas por abortamento no Hospital Maternidade Carmela

Dutra, entre janeiro e dezembro de 2006, quanto ao desejo de acesso a grupos de informação de Planejamento Familiar e métodos contraceptivos.

MÉTODOS

Foram entrevistadas 274 mulheres internadas por abortamento inevitável/incompleto

entre janeiro e dezembro de 2006.

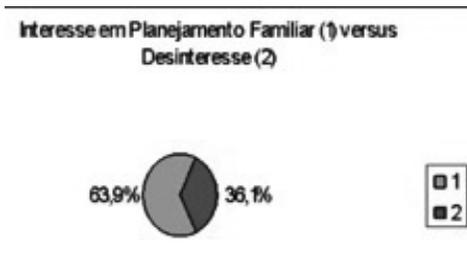
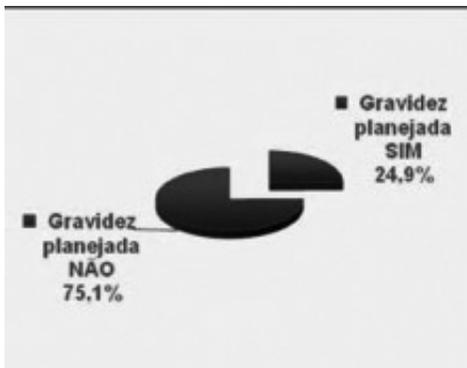
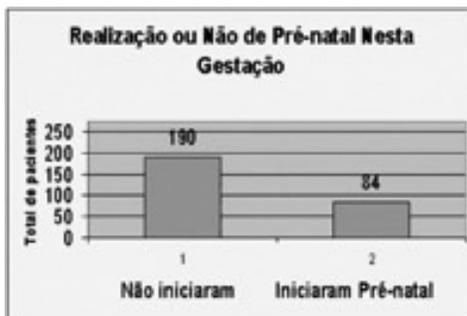
Todas as entrevistas foram realizadas no serviço social da unidade no momento da alta hospitalar, após consentimento voluntário, com os dados padronizados através de um questionário, onde era informado que perguntas poderiam ficar sem resposta caso as usuárias quisessem. Descartaram-se os casos de reinternação para nova curetagem (re-curetagens). Os grupos de Planejamento Familiar são grupos informativos multidisciplinares, existentes nas Unidades Municipais de Saúde, cuja participação viabiliza o acesso e fornecimento de insumos contraceptivos.



RESULTADOS

Observou-se que 71,2% das mulheres tinham entre 18 e 35 anos, 45,6% têm pelo menos 8 anos de frequência escolar e apenas 40,9% trabalham. Embora 47,8% declararam estar sob união consensual, a gravidez não foi planejada para 75,1% destas usuárias e 69,7% não estavam realizando o pré-natal. Para 27,7 % esta foi a primeira gestação e terminou em abortamento. 36,21% tiveram um ou mais abortos anteriores. Quatro mulheres não informaram o número

de gestações prévias. Declararam ter abortado espontaneamente, 79,6% do total entrevistado. Observou-se que 63,9 % desejam participar do grupo de planejamento familiar.

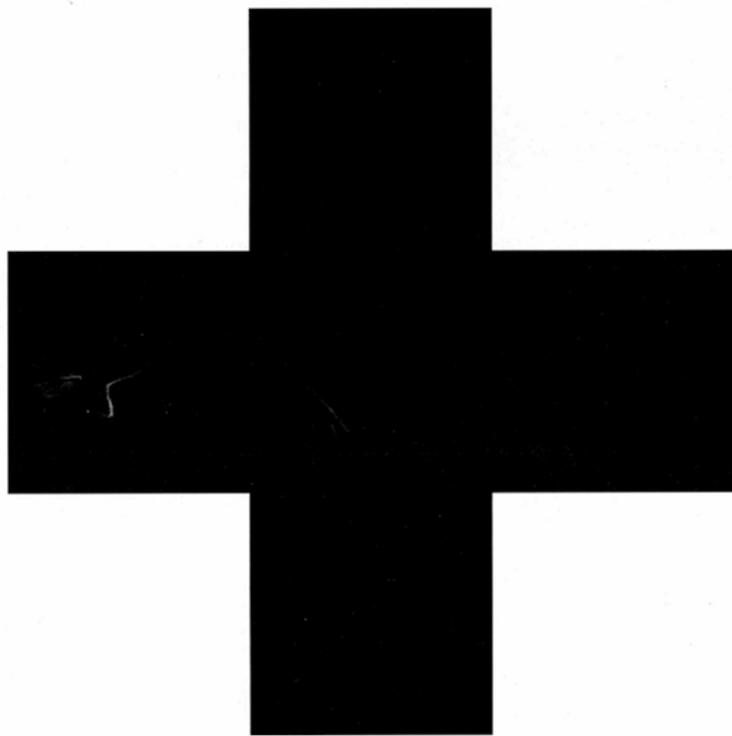


O abortamento é um fenômeno marcante para as mulheres. Existe uma necessidade de acesso ao planejamento familiar. Isto é entendido e expresso claramente por esta população que não pretendia gestar e cuja gravidez terminou ainda na primeira metade.

Jornal do

CREMERJ

PUBLICAÇÃO OFICIAL DO CONSELHO REGIONAL
DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
nº 225 - NOVEMBRO/DEZEMBRO 2009



**HOSPITAIS SEM MÉDICOS...
POPULAÇÃO SEM ASSISTÊNCIA...
E O DEVER DO ESTADO?**

**6º PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA 2009**

PRIMEIRO LUGAR NO 6º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2009

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Em 2009 tive a grande satisfação de ser preceptora do então residente Fernando Bassan no Sexto Prêmio de Residência Médica do CREMERJ. Fernando Bassan destacou-se como residente no Instituto Nacional de Cardiologia, sendo exemplar, dentre outros méritos, sua vontade de gerar e difundir conhecimento. Assim, seu 1º Lugar com o trabalho “ Lesão de Tronco da Artéria da Coronária Esquerda: Mudança de Paradigma no Tratamento?” abordava um tema controverso, porém de grande relevância para a Cardiologia, e trouxe novas e importantes informações sobre o assunto. O trabalho teve ainda como fruto um artigo científico publicado na revista Coronary Artery Disease (Outcomes of patients with left main coronary artery disease undergoing medical or surgical treatment: a propensity-matched analysis. De Lorenzo A, Tura B, Bassan F, Pittella F, Rocha AS. Coron Artery Dis. 2011 Dec;22(8):585-9).

Desde então, Fernando Bassan foi médico da Unidade Coronariana do Hospital Samaritano Botafogo, e atualmente é rotina da Unidade Cardio-intensiva do Hospital Samaritano Barra da Tijuca. Além disso, desde 2012 retornou ao INC como médico da rotina do Departamento de Coronariopatia, participando ativamente da formação dos residentes e demais médicos em treinamento no Instituto, assim dando continuidade de forma brilhante ao ciclo pelo qual ele mesmo passou. Concluiu o Mestrado em Ciências Médicas na UERJ em 2014 e é membro do Departamento de Coronariopatia da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro – SOCERJ. A trajetória de Fernando Bassan traz grande orgulho para o INC e para quem, como eu, pôde participar de sua formação e acompanha sua caminhada sempre rumo a novos desafios.

DRA. ANDREA ROCHA DE LORENZO

CRM 52 60879-5

O MÉDICO PREMIADO

Cardiologista Rotina da Unidade Cardio-intensiva - Hospital Samaritano Barra da Tijuca; Cardiologista Rotina do Departamento de Coronariopatia - Instituto Nacional de Cardiologia; Mestre em Ciências Médicas - UERJ; Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; Membro do Departamento de Coronariopatia da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro - SOCERJ.

DR. FERNANDO BASSAN

CRM 52 77624-6



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

LESÃO DE TRONCO DE ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA: MUDANÇA DE PARADIGMA DE TRATAMENTO?

Hospital de Cardiologia de Laranjeiras

RESIDENTE: Dr. Fernando Bassam

PRECEPTOR: Dra. Andrea Rocha de Lorenzo

DESCRITORES: DOENÇAS CARDIOVASCULARES - ARTÉRIA CORONÁRIA - TRATAMENTO

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares permanecem como a maior causa de mortalidade na população em geral, tendo a doença arterial coronariana como a grande responsável. Entre os possíveis envolvimento de vasos coronarianos, o acometimento do Tronco da artéria Coronária Esquerda é considerado a lesão de maior gravidade, pois é responsável pela irrigação da maior parte do ventrículo esquerdo, área de grande relevância para o adequado funcionamento cardíaco.

A recomendação de tratamento das lesões acima de 50 %, acometendo o Tronco da artéria Coronária Esquerda difere radicalmente das lesões que acometem os outros vasos, possuindo indicação formal de tratamento cirúrgico de revascularização miocárdica, independente da presença de sintomas ou evidências isquêmicas (Grau de recomendação I). Entretanto, estas diretrizes são baseadas em estudos clínicos conduzidos nos anos 70, uma época em que o tratamento clínico não contemplava o uso de aspirina, beta bloqueador inibidor de ECA e estatina.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo avaliar se os pacientes portadores de lesão de Tronco da

artéria Coronária Esquerda (LTCE) acima de 50 % mantidos em tratamento clínico, apresentam taxa de desfechos cardiovasculares diferentes do que aqueles submetidos ao tratamento atualmente preconizado de cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM).

METODOLOGIA

O estudo é retrospectivo, observacional, de pacientes consecutivos encaminhados a cineangiogramia no Instituto Nacional de Cardiologia, no Rio de Janeiro, no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2001. Foram incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos e LTCE $\geq 50\%$, com ou sem lesões em outros vasos. Os critérios de exclusão consistiam em pacientes previamente submetidos à terapia de revascularização, portadores de cardiopatias congênitas, cardiomiopatias (exceto a isquêmica) ou doença orovalvar significativa.

Os pacientes foram selecionados e acompanhados com base no banco de dados e prontuários médicos, onde eram obtidos os dados epidemiológicos e tipo de tratamento efetuado. A opção de tratamento era de livre indicação pela equipe assistente com o consentimento do paciente. O desfecho primário avaliado foi à

associação de morte, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) ou necessidade de nova intervenção por angioplastia ou CRVM. Os desfechos secundários foram cada um dos eventos isolados.

RESULTADOS

Foram estudados 181 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, os quais foram acompanhados por $3,7 \pm 2,2$ anos. Trinta e nove pacientes foram mantidos em tratamento clínico (22%) e 142 foram submetidos à CRVM (78%). Não houve diferenças significativas entre os 2 grupos em relação à idade, sexo, prevalência de angina de peito, fatores de risco coronariano, infarto prévio, presença de doença vascular periférica, doença carotídea, disfunção do ventrículo esquerdo (fração de ejeção $<45\%$ ao ecocardiograma) ou número de vasos acometidos. Insuficiência renal crônica foi mais freqüente nos pacientes em tratamento clínico (23,1% vs 7,7%, $p=0,004$).

Quatorze (36%) pacientes mantidos em tratamento clínico apresentaram o desfecho primário em comparação com 49 (35%) dos submetidos à CRVM ($p=NS$). A análise isolada de cada um dos desfechos secundários também não mostrou diferença significativa entre os grupos de tratamento clínico em relação à CRVM, respectivamente: morte (23,1% vs 14,8%), IAM (0% vs 2,1%), angioplastia (2,6% vs 4,2%) e AVE em (0% vs 0,7%). Não houve CRVM durante o seguimento em ambos os grupos.

A análise dos subgrupos mostrou que somente naqueles pacientes com fração de ejeção $<45\%$, o tratamento com CRVM foi superior ao tratamento clínico em relação à mortalidade: 22,9% vs 53,8%, $p<0,001$. Na análise multivariada de Cox, os preditores independentes de morte foram a idade ($X^2=5,6$) e a presença de disfunção ventricular esquerda ($X^2=9,2$) ($p<0,05$), mas não o tipo de tratamento efetuado.

CONCLUSÃO

Neste estudo retrospectivo de pacientes com LTCE, o tratamento cirúrgico não mostrou superioridade

sobre o tratamento clínico em relação à mortalidade, exceto naqueles pacientes com disfunção ventricular esquerda. Novos ensaios clínicos prospectivos e randomizados tornam-se necessários para confirmar os achados do presente estudo, tendo em vista os grandes avanços no tratamento da doença coronariana desenvolvidos nas últimas décadas.

SEGUNDO LUGAR NO 6º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2009

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Paulo Alonso Garcia Alves Junior fez toda sua formação acadêmica na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde sou docente. Assim tive a oportunidade de ser sua professora desde a graduação em Medicina. Fez Residência Médica em Pediatria no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ e quando optou por complementar sua formação na mesma instituição tive a oportunidade de ser sua preceptora na Residência Médica em Endocrinologia Pediátrica. Sempre preocupado em dar um atendimento integral à criança, cativava já na primeira consulta seus pequenos pacientes e os familiares, com sua ternura e competência. Já na graduação e durante a Residência Médica mostrava-se ávido por adquirir não só conhecimento técnico, mas também por dar seus primeiros passos na pesquisa e no ensino médico. Esses anseios o motivaram a participar do 6º Prêmio de Residência Médica promovido pelo CREMERJ e, ao terminar seu 4º ano de Residência Médica, a prosseguir no mestrado em Endocrinologia e logo após exercer a atividade de professor substituto temporário de Endocrinologia Pediátrica na instituição que o formou - a UFRJ. Tive a oportunidade de compartilhar todas estas etapas da sua formação e a enorme satisfação de ver sua caminhada profissional. Inicialmente como sua tutora durante o período de internato eletivo em Pediatria.

Depois como sua preceptora na Residência Médica em Endocrinologia Pediátrica. Após, no mestrado, fui sua orientadora e finalmente sua colega de docência no Departamento de Pediatria da UFRJ. Hoje é endocrinologista pediátrico do Instituto Nacional do Câncer - INCA. Depois de todos esses anos compartilhamos não só a mesma especialidade, mas, sobretudo uma grande amizade.

DRA. IZABEL CALLAND RICART BESERRA

CRM 52 52647-9

O MÉDICO PREMIADO

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Residência em Pediatria e Endocrinologia Pediátrica pela UFRJ, Título de Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Título de Endocrinologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Mestre em Medicina (Endocrinologia) pela UFRJ, Endocrinologista Pediátrico do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

DR. PAULO ALONSO GARCIA ALVES JUNIOR

CRM 52 80755-9



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RESPOSTA AO TRATAMENTO EM DEFICIENTES DE GH DIAGNOSTICADOS EM IDADE PRECOCE.

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

RESIDENTE: Dr. Paulo Alonso Garcia Alves Junior

PRECEPTORA: Dra. Izabel Calland Ricarte Beserra

DESCRITORES: DGH – TRATAMENTO – CRIANÇAS DE BAIXA ESTATURA

A Baixa Estatura (BE) é queixa comum ao pediatra e um dos principais motivos de encaminhamento ao endocrinologista pediátrico para avaliação. A deficiência de hormônio de crescimento (DGH), embora rara, é uma das causas de BE com maior comprometimento sobre a altura final. Entretanto o diagnóstico de deficiência de DGH é mais comum em crianças em idade escolar e raramente é feito na criança mais jovem. Isso faz com que as características clínicas nesta faixa etária sejam pouco relatadas. Sabe-se que nos pacientes com DGH, a resposta ao tratamento é melhor quanto menor a idade da criança. Sendo assim, é fundamental entender quais são as características clínicas que podem ajudar na maior suspeição diagnóstica e como estes pacientes respondem ao tratamento iniciado antes dos 03 anos de idade.

Objetivos do estudo: Descrever as características clínicas de crianças com DGH diagnosticado precocemente (antes dos 3 anos de idade), avaliar a resposta ao tratamento no 1º ano de reposição com rGH e contribuir para o diagnóstico precoce desta entidade.

Método: Estudo retrospectivo de revisão de prontuários de pacientes com diagnóstico DGH em idade precoce acompanhados em um serviço de endocrinologia pediátrica no estado

do Rio de Janeiro. Foram avaliados: sexo, peso e comprimento ao nascer, via de parto e evolução no período neonatal; características clínicas e velocidade de crescimento (cm/ano) ao diagnóstico; deficiências hormonais associadas; anatomia da região hipotálamo-hipofisária por imagem. O diagnóstico de DGH foi firmado através de parâmetros clínicos, auxológicos e dosagens hormonais (GH, IGF1, IGFBP3, Teste de estímulo à liberação de GH). A resposta ao tratamento foi avaliada pelo delta de velocidade de crescimento (VC) e mudança do escore Z de altura após o 1º ano de reposição com GH recombinante. As variáveis numéricas foram descritas em média e \pm DP.

Resultados: Nove crianças (03 sexo feminino e 06 masculino) com idades entre 0,13 e 2,57 anos ($1,36 \pm 0,80$) foram encaminhadas para avaliação de déficit de crescimento. Em um paciente associava-se sintomatologia de hipoglicemia e dois outros colestase. A média de idade gestacional foi de $36,0 \pm 3,12$ variando de 31 a 39 semanas (quatro foram pré-termo com IG < 37 semanas). O peso e comprimento médios ao nascimento foram $2701,67 \pm 583,45$ g e $46,19 \pm 3,48$ cm respectivamente, sendo que um paciente não tinha relato de comprimento ao nascimento. A

via de parto foi cesariana em sete pacientes, sem anotação quanto à ocorrência de parto traumático. Praticamente todos nasceram adequados para a idade gestacional (AIG) quanto ao peso (exceto um classificado como GIG) e comprimento (n=8). Dentre as intercorrências no período neonatal, um foi asfíxico, seis evoluíram com alterações respiratórias, quatro com icterícia e quatro com hipoglicemia. Quanto às características clínicas, sete tinham fenótipo típico de DGH - fâscies de querubim, BE proporcionada, acúmulo de tecido gorduroso em tronco. Três meninos tinham micropênis -comprimento peniano abaixo de -2DP da média para idade. Na investigação laboratorial apenas uma criança apresentava DGH isolada. O pico máximo de GH no teste de estímulo foi $0,74 \pm 0,56$ ng/ml. Em seis pacientes evidenciaram-se deficiências hipofisárias múltiplas (deficiência de ACTH e TSH) e em dois, apenas a associação de DGH com hipotireoidismo central. Em seis o exame de imagem (RM ou TC) mostrou alteração da região hipotálamo-hipofisária (hipoplasia de adeno-hipófise, neuro-hipófise ectópica e haste hipofisária não visualizada). O escore Z de estatura ao início de tratamento foi $-4,6 \pm 1,01$. A VC inicial foi de $6,54 \pm 2,00$ cm/ano. Após o 1º ano de tratamento o escore Z de altura e VC foram $-2,78 \pm 1,13$ e $12,97 \pm 1,13$ cm/ano (n=6) respectivamente (delta de VC= 6,43). Em duas meninas a adesão foi irregular não havendo mudança significativa na VC e no escore Z de altura durante o 1º ano de tratamento. Um paciente ainda não iniciou tratamento.

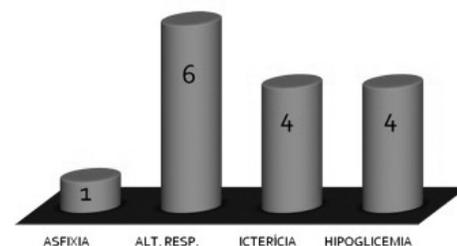
Conclusões: Nesta casuística evidenciamos que as crianças com manifestações clínicas em idade precoce apresentavam DGH grave, geralmente associada a deficiências hipofisárias múltiplas e alterações anatômicas da região hipotálamo-hipofisária. A presença de intercorrências no período neonatal associadas ao desvio precoce do crescimento e fenótipo característico pode aumentar a suspeição diagnóstica de DGH em crianças de baixa idade favorecendo o encaminhamento precoce ao especialista. A associação com outras deficiências hipofisárias (deficiência de ACTH e hipotireoidismo central)

pode ter contribuído para a maior morbidade destes pacientes no período neonatal. Embora no diagnóstico os níveis de GH pós-estímulo fossem extremamente reduzidos e o desvio padrão de altura acentuado, a velocidade de crescimento dobrou no 1º ano de tratamento com melhora no escore Z de altura. Os resultados evidenciam a boa resposta quando a terapia com rGH é iniciada em idade jovem. O diagnóstico e início precoce do tratamento são recomendados a fim de possibilitar a mais rápida recuperação do crescimento e normalização da estatura.

Características clínicas dos pacientes analisados

| VARIÁVEL | | MÉDIA DP ± |
|-----------------------------|-------------------------|------------------|
| SEXO | 6♂ 3♀ | - |
| IDADE (ANOS) | 0,13 -2,57 | 1,36 ± 0,80 |
| IDADE GESTACIONAL (SEMANAS) | 31 - 39 (4 < 37 sem) | 36 ± 3,12 |
| PESO NASCIMENTO (g) | 1505 -3480 | 2701,67 ± 583,45 |
| PIG | 0 | - |
| AIG | 8 | - |
| GIG | 1 | - |
| COMPRIMENTO NASCIMENTO (cm) | 45 -50 | 46,19 ± 3,48 |
| VIA DE PARTO | 2 VAGINAL 7 CESARIANA | - |

Características clínicas dos pacientes no período neonatal



Características clínicas dos pacientes analisados

| Característica Clínica | N |
|------------------------|---|
| FENÓTIPO DGH | 7 |
| MICROPÊNIS | 3 |

Pico máximo de GH após estímulo

Método Quimioluminescência

Diagnóstico de DGH : < 7 ng/dl

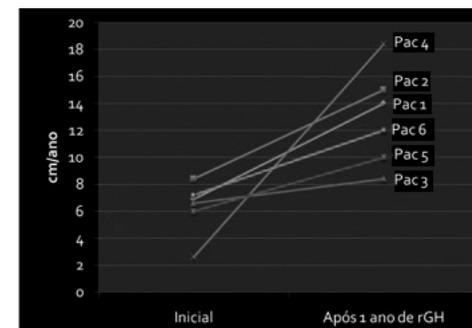
Testes de estímulo com: Glucagon e Insulina

| | Média ± DP |
|------------|-------------|
| GH (ng/dl) | 0,74 ± 0,56 |

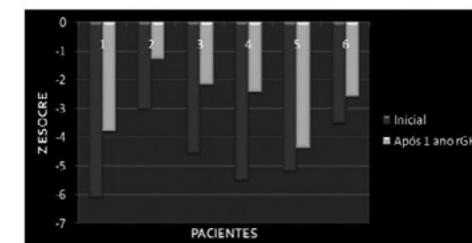
Investigação Laboratorial



Evolução da Velocidade de Crescimento dos pacientes

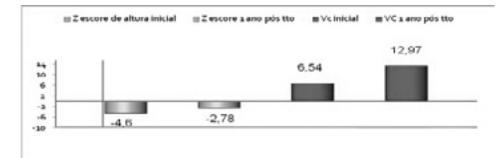


Varição do Z-score de altura com o tratamento



Avaliação da resposta ao tratamento

| | Média ± DP |
|--|---------------|
| Z escore de altura inicial | - 4,6 ± 1,01 |
| Z escore de altura pós 1 ano de rGH (n=6*) | - 2,78 ± 1,13 |
| VC inicial (cm/a) | 6,54 ± 2,0 |
| VC pós 1 ano de rGH (cm/a) (n=6*) | 12,97 ± 1,13 |



TERCEIRO LUGAR NO 6º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2009

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Conheci a Dra. Denise Momesso quando ela era R3 (ou para nós, R1 em Endocrinologia e Metabologia) no IEDE onde chefiou o Serviço de Diabetes.

Sua discrição e elegância chamaram a atenção mas logo a competência e o comprometimento ficaram também evidentes e seu trabalho de conclusão do curso se tornou esse belo artigo que concorreu ao Prêmio do CREMERJ e posteriormente foi publicado em periódico internacional indexado e de alto impacto.

É difícil falar somente sobre aquela época pois desde então tenho o prazer e a honra de contar com a Dra Denise como membro do staff do Serviço onde, e aonde não poderia ser diferente, vem demonstrando todo seu potencial, inclusive abrindo novas frentes ao aceitar coordenar um novo ambulatório, o de Bomba de Insulina.

Vale destacar outras duas características da Dra Denise Momesso: a busca pela inovação dentro das evidências científicas, e sobretudo a ética que sempre permeou sua conduta como médica e pesquisadora. A evolução natural com carreira bem sucedida nunca lhe tirou todas essas características mantendo-se serena e longe da briga pelos holofotes a que tantos se dedicam. Segue firme publicando importantes artigos científicos, estando no momento cursando o Pós Doutorado.

Hoje posso dizer, com muita satisfação que nesses anos de convívio o relacionamento Professora Aluna se aprofundou e transformou-se numa bela relação de confiança e amizade.

DRA. ROSANE KUPFER

CRM 52 44843-4

A MÉDICA PREMIADA

Médica endocrinologista do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) e do Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro. Possui: Doutorado e Mestrado em Endocrinologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (conclusão em 2016 e 2012, respectivamente); Thyroid Cancer Research Fellow, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova Iorque, EUA (2013); Visiting Clinician, Endocrinology Department, Mayo Clinic, Rochester, MN, EUA (2011); Título de Especialista em Nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) (2011); Título de Especialista em Endocrinologia e Metabologia pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) (2010); Clerkship at the Division of Endocrinology and Diabetes of the University of Texas Health Science Center, Santo Antonio, Tx, EUA (2010); Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia pelo Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) (conclusão em 2010); Residência Médica em Clínica Médica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (conclusão em 2008); Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (conclusão em 2005); Ensino Médio e Fundamental no Colégio Santo Inácio (conclusão em 1998). Recebeu menção honrosa pela preceptoria de residência médica da UNIRIO em 2008; nomeação para "Whos's who in the World, Marquis Biography" em 2015; e prêmio "Outstanding Intellectuals of the 21st Century, Field of Medicine and Endocrinology International Biographical Centre, Cambridge, England" em 2016. Possui publicações científicas e atua como revisora de periódicos nacionais e internacionais. Atua principalmente nos seguintes temas: endocrinologia e metabologia, tireoide, câncer de tireoide e diabetes mellitus.

DRA. DENISE PRADO MOMESSO

CRM 52 79284-5



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 E ASSOCIAÇÃO COM PARÂMETROS CLÍNICOS DE SÍNDROME METABÓLICA E COM GORDURA EPICÁRDICA.

Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione

RESIDENTE: Denise Prado Momesso

ORIENTADOR: Rosane Kupfer

DESCRIPTORIOS: DIABETES MELLITUS TIPO 1 – SÍNDROME METABÓLICA – COMPOSIÇÃO CORPORAL/AVALIAÇÃO

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de óbito no diabetes mellitus (DM) tipo 1. A presença de outros fatores de risco, sobretudo os que compõem a síndrome metabólica (SM), parece agravar ainda mais a morbi- mortalidade desta população. A avaliação da composição corporal é um importante preditor de risco para SM. A densitometria por dupla emissão de raios-X (DEXA) permite uma análise mais fidedigna da composição corporal do que aquela obtida pelos dados antropométricos. A DEXA fornece dados sobre os percentuais de gordura corporal total, ginecóide (periférica) e gordura andróide (central), esta última estando relacionada à gordura abdominal e visceral. Publicações recentes têm apontado a medida da gordura epicárdica obtida pelo ecocardiograma transtorácico como um novo indicador de risco de doença arterial coronariana. A espessura da gordura epicárdica tem sido associada com a presença e gravidade de lesão arterial coronariana.

Os objetivos deste estudo foram correlacionar a composição corporal em pacientes com DM tipo 1 avaliada pela DEXA com a presença de SM pelos critérios da Organização Mundial de Saúde

(OMS) e com deposição de gordura epicárdica ao ecocardiograma. Dessa forma, visamos analisar a associação de DM tipo 1 com SM e avaliar o risco da DCV nestes pacientes.

DESENHO DO ESTUDO

Quarenta e cinco mulheres com DM tipo 1 em acompanhamento no ambulatório de Diabetes do IEDE foram submetidas a análise dos seguintes dados: presença de SM conforme critérios da OMS; análise da composição corporal pela DEXA (gordura corporal total, andróide e ginecóide); e medida da gordura epicárdica através do ecocardiograma transtorácico.

RESULTADOS

A idade média foi de $35,9 \pm 9,4$ anos, tempo médio de diabetes de $17,9 \pm 9,9$ anos e índice de massa corporal de $24,6 \pm 4,4$ kg/m². Dos 45 pacientes com DM tipo 1 estudados, 20 apresentavam SM (45%). Aqueles com DM 1 e SM apresentaram em média um maior percentual de gordura andróide (central) comparado aos DM 1 sem SM ($41,9 \pm 2,0\%$ vs $33,7 \pm 1,8\%$, respectivamente; $p= 0,0037$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com DM 1 com e sem SM no percentual de gordura corporal total ($38,4 \pm 1,8\%$ vs $35,4 \pm 1,4\%$,

respectivamente; $p= 0,19$) e de gordura ginecóide ($45,1 \pm 1,8\%$ vs $45,9 \pm 1,2\%$, respectivamente; $p= 0,71$). O valor médio da espessura da gordura epicárdica nos pacientes com DM 1 e SM foi significativamente maior do que o encontrado em pacientes sem SM ($6,15 \pm 0,34\text{mm}$ vs $4,96 \pm 0,25\text{mm}$, respectivamente; $p= 0,006$). Foi observada uma correlação positiva entre gordura epicárdica e o percentual de gordura corporal total ($r= 0,43$; IC95% 0,16 a 0,64; $p= 0,003$) e com o percentual de gordura andróide (central) ($r= 0,44$; IC95% 0,17 a 0,65; $p= 0,002$). Não foram observadas correlações entre a gordura epicárdica e o percentual de gordura ginecóide (periférica) ($r= 0,27$; IC95% -0,03 a 0,52; $p= 0,007$) ou controle glicêmico medido através da hemoglobina glicada média ($r= -0,06$; IC95% -0,34 a 0,24; $p= 0,69$)

DISCUSSÃO

A alta prevalência de SM também atinge os pacientes com DM tipo 1, conforme encontrado no presente estudo. A fisiopatologia da SM nestes pacientes está provavelmente relacionada ao aumento da gordura corporal, principalmente central, levando ao aumento da resistência insulínica.

A associação de DM tipo 1 e SM esteve relacionada ao aumento da espessura da gordura epicárdica. A gordura epicárdica, neste grupo, se mostrou um possível marcador de risco cárdio- metabólico, devido à forte correlação com fatores de risco para DCV mais consagrados como a gordura andróide (central) e os critérios de SM da OMS. Estes resultados sugerem que os pacientes com DM tipo 1 e SM devam ser avaliados para a presença de doença cardiovascular mais precocemente.

Concluindo, o presente estudo fornece evidências de que aumento na adiposidade central em pacientes com DM tipo 1 está associado à SM e confere um maior risco cardiovascular, evidenciado por um aumento na gordura epicárdica ao ecocardiograma.

REFERÊNCIA

1) Momesso, DP; Bussade, I; Epifanio, MA; Schettino, CDS; Russo, LAT; Kupfer, R. "Increased Epicardial Adipose

Tissue in type 1 diabetes is associated with Central Obesity and Metabolic Syndrome." *Diab Res Clin Pract* 2011, 91(1): 47- 53.



Manifestação em Copacabana mostra a importância da valorização do médico

Médicos ocuparam o calçadão de Copacabana durante manifestação promovida pelo CREMERJ, no dia 24 de outubro, pela valorização da categoria. Eles esclareceram a população sobre o grave cenário da rede pública de saúde no Estado e sobre o seu movimento de luta por salários dignos e melhores condições de traba-

lho. No dia 26, Conselheiros do CREMERJ participaram, juntamente com outras lideranças médicas de todo o país, da "Mobilização Nacional pela Valorização do Médico e da Assistência em Saúde no Brasil", cujos objetivos eram cobrar dos gestores públicos e dos parlamentares respostas efetivas para as reivindicações da classe. Páginas 6 e 7

7º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2010

PRIMEIRO LUGAR NO 7º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2010

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Sobre a residente Nicolle Cavalcante Gaglionone:

Durante seus três anos de residência em Patologia na UFF sempre despontou, com sua vivacidade e empenho, demonstrando grande capacidade técnica e espírito questionador, tendo se formado excelente médica Patologista.

DRA. ANDRÉA RODRIGUES CORDOVIL PIRES
CRM 52 55746-8

A MÉDICA PREMIADA

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (2008). Concluiu a residência médica em Anatomia Patológica na Universidade Federal Fluminense em 2011 e mestrado da pós-graduação de patologia na Universidade Federal Fluminense em 2014.

Estágio supervisionado em patologia cirúrgica em 2011 no Brigham and Women's Hospital, Harvard Med. School e no Medical College Of Wisconsin, Estados Unidos.

Atualmente é chefe da Anatomia Patológica do Hospital Federal de Ipanema e patologista da Rede D'or. Mãe da Nina!

DR. NICOLLE CAVALCANTE GAGLIONE

CRM 52 84009-2



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

CLASSIFICAÇÃO MOLECULAR DE 225 CARCINOMAS INVASIVOS DE MAMA POR IMUNOHISTOQUÍMICA UM ESTUDO UTILIZANDO TISSUE MICROARRAY COMPARANDO CK5, CK5/6, CK10, CK14, CK17, P63 E EGFR PARA DEFINIR O SUBTIPO DE CARCINOMA BASAL.

Hospital Universitário Antônio Pedro

RESIDENTE: Dra. Nicolle Cavalcante Gaglione

PRECEPTOR: Dra. Andrea Rodrigues C. Pires

DESCRITORES: CLASSIFICAÇÃO - CARCINOMA DE MAMA – TISSUE MICROARRAY

INTRODUÇÃO / OBJETIVO

As classificações moleculares de carcinoma de mama com base na imunohistoquímica (IHC) têm por objetivo refletir os subtipos identificados pelos perfis de expressão gênica e também correlação com a evolução clínica, mas o melhor painel de anticorpos ainda não foi definido. Os carcinomas basais têm pior resultado e são "triplo negativo" na avaliação por receptor de estrogênio (RE), receptor de progesterona (RP) e oncoproteína cerbB2 / HER2, mas nem todos tumores "triplo negativo" (Tneg) são do tipo basal. Nosso principal objetivo foi determinar o melhor painel de IHC para realizar a classificação molecular dos carcinomas de mama por IHC.

Material e métodos: Dois blocos de "tissue microarrays" (TMA) foram construídos utilizando a técnica alternativa descrita por Pires et al, com 225 casos de carcinomas da mama invasivos (TMA1: dois cilindros com 0,8 milímetros de tecido de 110 casos e

TMA2: dois cilindros com 0,6 milímetros de tecido de 115 casos) e submetidos a IHC com várias

citoqueratinas "basais" (CK5, CK5/6, CK10, CK14, CK17), p63 e EGFR.

Resultados: As taxas por tipo foram: luminal A = 110 (48,9%), luminal B = 19 (8,5%), HER2 = 30 (13,3%) e, para o subtipo basal: 66 casos (29,3%), usando a "classificação triplo negativo" (negativo para ER, PR e HER2); 37 casos Tneg (16,4% de todos os casos ou 56,1% dos casos Tneg) foram positivos para um ou mais CK / p63 / EGFR; detalhando casos Tneg por expressão do anticorpo: 10,2% (CK5/6), 9,8% (CK14), 8,9% (CK5), 8,4% (CK17), 2,2% (EGFR) e 1,3% (CK10 e p63) de todos os casos.

Houve perdas mínimas de cilindros (menos de 5%), principalmente devido à ausência de tecido neoplásico no cilindro ou por cilindros finos.

Conclusão: A utilização desta técnica de construção TMA alternativa foi validada. O uso de anticorpos diferentes para definir subtipos de carcinoma basal levou a taxas variáveis de diagnóstico e as melhores citoqueratinas basais foram CK5/6 e CK14. São necessários mais estudos sobre a classificação molecular por IHC.

SEGUNDO LUGAR NO 7º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2010

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

O Marco Aurélio foi um residente muito dedicado e responsável.

Esse é um prêmio merecido!

DR. MARCUS VINICIUS MOTTA VALADÃO DA SILVA
CRM 52 70826-7

O MÉDICO PREMIADO

Marco Aurélio Lameir o Pinto, nascido em 12/09/1982, é graduado em medicina pela Universidade Federal Fluminense e realizou Residências Médicas em cirurgia geral e Videolaparoscopia no Hospital Federal de Bonsucesso onde atua até hoje como Cirurgião Geral da Rotina do Serviço da Segunda Clínica Cirúrgica.

Trabalhou também no Serviço de Emergência do Hospital Geral de Nova Iguaçu e rotina da cirurgia geral do Hospital Estadual Azevedo Lima, onde atua atualmente como cirurgião de emergências. Possui consultório particular em Icaraí - Niterói - RJ.

DR. MARCO AURÉLIO LAMEIRÃO PINTO

CRM 52 84810-7



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL OPERADOS EM UM HOSPITAL GERAL: NECESSITAMOS DE UM PROGRAMA DE RASTREAMENTO ACESSÍVEL E EFETIVO

Hospital Geral de Bonsucesso

RESIDENTE: Dr. Marco Aurélio Lameirão Pinto.

PRECEPTOR: Dr. Marcus Valadão

RESUMO: O objetivo do presente trabalho é demonstrar o panorama atual do câncer colorretal em um hospital geral no estado do Rio de Janeiro, enfocando aspectos relacionados à apresentação clínica e ao diagnóstico tardio. Trata-se de um estudo retrospectivo que incluiu os pacientes em acompanhamento no ambulatório de seguimento de câncer colorretal da II Clínica Cirúrgica do Hospital Federal de Bonsucesso nos últimos 5 anos (2004-2009). Os sintomas mais comuns foram dor abdominal (60,1%), obstrução intestinal (41,1%), emagrecimento (36,7%), sangramento (33,5%), anemia (14,5%), perfuração (6,3%) e fístula (1,2%). Em relação aos pacientes com tumores de cólon direito, os sintomas mais prevalentes foram emagrecimento (54,5%), dor (45,4%), obstrução (45,4%) e anemia (27,2%). Nos pacientes com tumores de cólon esquerdo e sigmóide foram dor (60,5%), obstrução (42,9%), emagrecimento (38,5%), sangramento (32,4%) e anemia (16,6%). Enquanto nos pacientes com tumores de reto foram sangramento (70%), obstrução (60%), dor (60%), emagrecimento (20%) e perfuração (10%). No momento da cirurgia, 53 pacientes apresentavam metástases à distância (33,5%), sendo o fígado o órgão mais acometido, em 36 pacientes (67,9%), seguido pelo peritônio com 11 casos (20,7%) e pelos anexos (ovários) com 4 casos (7,5%). Oitenta e oito pacientes (55,6%) apresentavam metástase linfonodal. Quanto ao estadiamento, observamos que os pacientes operados na emergência apresentavam a seguinte distribuição: 0% Estádio I, 28,2% Estádio II, 30,4% Estádio III e 41,3% Estádio IV. Os pacientes operados eletivamente foram estratificados como Estádio I 2,7%, Estádio II 27,7%, Estádio III 25% e Estádio IV 44%. Conclusão: O perfil dos pacientes operados na nossa instituição (e que reflete a realidade nacional) é de doença avançada. Com base nos dados apresentados, fica clara a necessidade de implementação de um programa de rastreamento para câncer colorretal.

DESCRITORES: NEOPLASIA COLORRETAL - DIAGNÓSTICO PRECOCE.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é o quarto tumor mais frequente no mundo, superado apenas pelos tumores de pulmão, mama e próstata. Nos EUA é a terceira neoplasia mais comum e a quarta causa de morte.¹ Sua ocorrência mais comum é na sexta década de vida.²

O número de casos novos de câncer de cólon e reto estimado para o Brasil no ano de 2010 será

de 13.310 casos em homens e de 14.800 em mulheres, correspondendo à terceira neoplasia mais incidente no Brasil (excluindo-se os tumores de pele). Estes valores correspondem a um risco estimado de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o terceiro mais frequente nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (19/100.000). Na Região Centro-

Oeste (11/100.000) ocupa a quarta posição. Nas regiões Nordeste (5/100.000) e Norte (4/100.000) ocupam a quinta posição. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas regiões Sul (22/100.000) e Sudeste (21/100.000); o terceiro nas regiões Centro-Oeste (11/100.000) e Nordeste (6/100.000), e o quinto na região Norte (4/100.000)³.

A prevenção primária é a identificação dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento do câncer e a modificação destes fatores para redução do risco. A prevenção secundária envolve rastreamento da neoplasia ou de lesões precursoras em indivíduos assintomáticos. A identificação dessas lesões e sua remoção diminuem a incidência e a mortalidade do câncer colorretal⁴. Os pacientes podem ser divididos quanto ao risco 5,6 de apresentarem câncer colorretal em baixo risco, aqueles com menos de 50 anos e sem história familiar de câncer colorretal; risco médio, todos aqueles com 50 anos ou mais e sem outro fator de risco; risco aumentado, pacientes com história pessoal de pólipos ou câncer colorretal ou história familiar de câncer colorretal ou pólipos em parentes de primeiro grau; e alto risco, que inclui os pacientes com síndromes polipóides, com critérios para HNPCC7 ou que possuam doença inflamatória intestinal.

Apesar do conhecimento dos fatores de risco relacionados a essa neoplasia e das recomendações bem estabelecidas no sentido da prevenção e do diagnóstico precoce, grande parte dos pacientes, em nosso país, é diagnosticado com doença avançada, apresentando obstrução ou perfuração, e necessitando de procedimento de emergência como medida inicial de tratamento, o que contribui para piora do prognóstico.

O objetivo do presente trabalho é demonstrar o panorama atual do câncer colorretal em um hospital geral no estado do Rio de Janeiro, enfocando aspectos relacionados à apresentação clínica e ao diagnóstico tardio.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo que

incluiu os pacientes em acompanhamento no ambulatório de seguimento de câncer colorretal da II Clínica Cirúrgica do Hospital Federal de Bonsucesso nos últimos 5 anos (2004-2009).

Foi feita revisão dos prontuários e dos laudos histopatológicos. As informações coletadas foram gênero, idade, fatores de risco, sintomas na época do diagnóstico, localização do tumor primário, cirurgia realizada e se esta foi eletiva ou de emergência, estadiamento do tumor, tipo histológico, grau de diferenciação do tumor pela classificação de Broders, presença e local de metástases na época do diagnóstico.

Realizamos uma análise descritiva das variáveis selecionadas com planilhas elaboradas com o auxílio do Microsoft Excel[®] 2007.

RESULTADOS

Do total de 158 pacientes, 85 eram homens (54%) e 73 mulheres (46%). A média de idade foi de 60,32 anos, sendo 61,65 anos para os homens e 58,77 anos para as mulheres. Doze pacientes apresentavam idade igual ou inferior a 40 anos (7,5%).

Dezoito pacientes apresentavam história familiar de câncer colorretal (11,3%), sendo que 2 pacientes preenchiam critérios de Bethesda⁷ para Síndrome de Lynch (1,2%) e um paciente era portador de Polipose Adenomatosa Familiar (0,6%).

Os sintomas mais comuns foram dor abdominal (60,1%), obstrução intestinal (41,1%), emagrecimento (36,7%), sangramento (33,5%), anemia (14,5%), perfuração (6,3%) e fistula (1,2%). Em relação aos pacientes com tumores de cólon direito, os sintomas mais prevalentes foram emagrecimento (54,5%), dor (45,4%), obstrução (45,4%) e anemia (27,2%). Nos pacientes com tumores de cólon esquerdo e sigmóide foram dor (60,5%), obstrução (42,9%), emagrecimento (38,5%), sangramento (32,4%) e anemia (16,6%). Enquanto nos pacientes com tumores de reto foram sangramento (70%), obstrução (60%), dor (60%), emagrecimento (20%) e perfuração (10%). (Tabela 1).

Noventa e nove (63%) pacientes foram operados eletivamente enquanto 59 (37 %) dos pacientes

foram operados de emergência. A localização mais comum do cancer foi o sigmóide, com 70,2% dos casos, seguido de cólon ascendente (9,4%), reto (8,2%), cólon descendente (6,3%) e cólon transverso (5,6%).

Cento e cinquenta casos se tratavam de adenocarcinoma (94,9%), 3 casos de de tumor carcinóide (1,8%), enquanto PEComa, fibrossarcoma, ceratocarcinoma e tumor metastático foram responsáveis por 1 caso cada (0,6%). Quanto ao grau de diferenciação dos adenocarcinomas, 2,7% eram bem diferenciados (G1), 90,2% moderadamente diferenciados (G2) e 8,3% pouco diferenciados (G3).

No momento da cirurgia, 53 pacientes apresentavam metástases à distância (33,5%), sendo o fígado o órgão mais acometido, em 36 pacientes (67,9%), seguido pelo peritônio com 11 casos (20,7%) e pelos anexos (ovários) com 4 casos (7,5%). Oitenta e oito pacientes (55,6%) apresentavam metástase linfonodal.

Quanto ao estadiamento, observamos que os pacientes operados na emergência apresentavam a seguinte distribuição: 0% Estádio I, 28,2% Estádio II, 30,4% Estádio III e 41,3 % Estádio IV. Os pacientes operados eletivamente foram estratificados como Estádio I 2,7%, Estádio II 27,7 %, Estádio III 25% e Estádio IV 44%. (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Apesar de conhecermos melhor este tipo de câncer, e ao longo das últimas décadas ampliarmos as chances de cura e sobrevida com o rastreamento, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, esta realidade não se aplica de maneira uniforme em nosso País, principalmente no que diz respeito a medicina pública. Apesar do esforço das variadas sociedades médicas que lidam com esta questão em divulgar e esclarecer sobre a doença, esta oportunidade ainda é dada a minoria dos brasileiros.

A maioria dos pacientes encontravam-se em estádios avançados, sendo mais de 70% dos pacientes pertencentes aos estádios III e IV, o que corrobora com a ausência medidas de

rastreamento nessa população. Essa realidade de um serviço de cirurgia de um hospital geral pode ser extrapolada a âmbito estadual e nacional, uma vez que o atendimento no nosso serviço é por meio de demanda espontânea. A importância do rastreamento do câncer colorretal reside no fato de que lesões em estágios iniciais são pouco sintomáticas e podem ser tratadas de forma curativa, evitando-se procedimentos mais extensos, propiciando maiores taxas de cura⁴. Além disso, podemos detectar lesões pré-malignas, impedindo, assim, a sequência adenoma-carcinoma. Gatta e colaboradores⁸ evidenciaram que pacientes com estágio Dukes A eram assintomáticos em mais de 90% dos casos, enquanto que no estágio Dukes D, em até 80% das vezes, os pacientes não apresentam nenhum sintoma relacionado ao câncer colorretal.

A maioria dos pacientes não tem acesso com facilidade à ambulatórios de gastroenterologia ou proctologia e a realização de colonoscopia, e muitas vezes tem seu diagnóstico retardado por essas dificuldades. O baixo nível sócio-econômico dos pacientes dificulta a procura por avaliação médica com o surgimento dos primeiros sintomas e a aceitação da realização de exames na ausência dos mesmos. Mesmo o rastreamento dos familiares de primeiro grau de pacientes portadores de Síndrome de Lynch ou Síndrome de Polipose Familiar é difícil de ser realizado pela dificuldade de adesão dos familiares.⁹

Outros cânceres em que foi implementado um método nacional de rastreio apresentaram diminuição de sua mortalidade, como o câncer de mama, colo de útero e próstata.¹⁰⁻¹² Os resultados de ensaios clínicos randomizados que comparam a mortalidade entre mulheres rastreadas e não rastreadas com mamografia, como método de detecção precoce, evidenciaram redução da mortalidade por câncer de mama no grupo rastreado. As conclusões das meta-análises demonstram que os benefícios do uso da mamografia alcançam cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos.¹³ Estudos nos estados de São Paulo e no Paraná demonstraram uma

queda no índice de mortalidade por câncer de colo uterino depois do aperfeiçoamento do programa de rastreamento com o exame colposcópico.^{11,12} O rastreamento para o câncer de próstata com PSA e exame anual é capaz de reduzir em 53% o risco de metástase e em 37% a mortalidade específica.¹⁰

Assim como acontece com o câncer de mama, colo de útero e próstata, um rastreamento efetivo poderia levar a uma diminuição na mortalidade e morbidade por câncer colorretal e este deveria ser implementado, tendo em vista que o câncer colorretal representa a terceira neoplasia mais incidente no Brasil³. Isto implicaria em um grande impacto na redução tanto da mortalidade relacionada ao câncer como na diminuição dos gastos públicos.

As recomendações para rastreamento da população não são uniformes, e variam conforme o risco de um determinado indivíduo desenvolver câncer colorretal. Atualmente, podem ser divididos em baixo, intermediário, aumentado e alto risco. Para os pacientes de baixo risco e assintomáticos não é recomendado nenhum método de rastreio. Para os pacientes de risco médio, o rastreamento pode ser feito a partir dos 50 anos com a pesquisa anual de sangue oculto e caso esta positiva, colonoscopia; pesquisa anual de sangue oculto e retossigmoidoscopia a cada 5 anos, e caso um deles positivo, colonoscopia, ou com colonoscopia a cada 10 anos, sendo a última mais eficiente. Pacientes portadores de risco aumentado e alto risco devem ser submetidos a colonoscopia em intervalos menores (Tabela 3).⁵

Após a realização de uma polipectomia, a recomendação é de que após a exérese de pequenos pólipos retais hiperplásicos o rastreamento se inicie com 50 anos, da mesma forma que um paciente sem história de polipectomia. No caso de 1 ou 2 pólipos adenomatosos tubulares pequenos com displasia de baixo grau, colonoscopia de 5 a 10 anos após a polipectomia. No caso de 3-10 pólipos adenomatosos, algum pólipo > 1cm, pólipo viloso ou com displasia de alto grau, é recomendada colonoscopia 3 anos

após a polipectomia. Se forem descobertos mais de 10 pólipos na mesma colonoscopia, está recomendada uma nova colonoscopia em menos de 3 anos. 5 (Tabela 3).

A colonoscopia tem uma alta sensibilidade na detecção de adenomas, permitindo a ressecção dos mesmos e impedindo, assim, a progressão adenoma-carcinoma. Esse procedimento é capaz de reduzir a mortalidade relacionada ao câncer de 76 a 90%.¹⁴No serviço de endoscopia do Hospital Federal de Bonsucesso, são realizadas uma média de 80 a 100 colonoscopias por mês. Nos últimos 6 meses foram realizadas 574 colonoscopias. A maioria das indicações tem caráter investigativo de casos sintomáticos devido a sangramento, anemia ou emagrecimento. Poucos são os casos de colonoscopias indicadas para rastreamento, geralmente pacientes com história prévia de câncer ou história de Polipose familiar ou HNPCC. O tempo médio de espera para a realização do exame é de 7 dias para pacientes internados e de 30 dias para pacientes ambulatoriais.

Acreditamos que esta realidade se reflete em outros hospitais no Estado do Rio de Janeiro, cuja principal porta de entrada ainda é a emergência e as dificuldades de acesso são as mesmas. Dessa forma estes dados podem estar subestimados em relação a gravidade da real situação do controle e tratamento desta doença no nosso Estado. Quando pensamos em âmbito nacional, pode ser pior ainda, em função das grandes disparidades entre os outros Estados.

Apesar da existência de recomendações de rastreamento de CCR bem estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia e da vigorosa atuação da ABRAPRECI (Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino), não se constata na prática os resultados desejados. Essa realidade pode ser explicada pela falta de políticas públicas, que inclui ausência de infra-estrutura capaz de rastrear a população de médio e alto risco, além da ausência da massificação através dos mais variados meios de comunicação, da mesma forma que é feito com o câncer de mama, por exemplo.

Dessa forma, fica compreensível a explicação do cenário encontrado no nosso estado, em que o diagnóstico é geralmente tardio. Ou seja, a população de médio e alto risco não tem informação quanto à sua condição e nos casos que tem acesso à informação, tem dificuldade em obter os cuidados devidos.

No Brasil, por ainda não dispormos de uma equidade ao acesso aos profissionais de saúde e, principalmente, aos especialistas que estão diretamente ligados ao tratamento do câncer colorretal, devemos através dos médicos generalistas e da imprensa enfatizar a necessidade de rastreamento para o câncer colorretal, assim como ocorre para o câncer de próstata, colo uterino e, principalmente para o de mama.

Dessa forma, medidas efetivas de rastreamento se constituem ferramentas fundamentais para redução dos casos de doença avançada e para melhoria da sobrevida dos portadores de câncer colorretal.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes operados na nossa instituição (e que reflete a realidade nacional) é de doença avançada. Com base nos dados apresentados, fica claro a necessidade de pôr em prática o programa de rastreamento já existente para a detecção de lesões precursoras e de câncer colorretal no seu estágio inicial com o intuito de aumentar as chances de cura, sobrevida, e, sobretudo, a qualidade de vida dos portadores desta doença sabidamente prevenível.

REFERÊNCIAS

- 1 – Castro, L; Anghinoni, M, Mali Jr J. Câncer de cólon. In: Tratamento cirúrgico do câncer gastrointestinal. Rio de Janeiro: Leonaldo dos Santos Castro e José Humberto Corrêa, 2005: 331.
- 2 – Rousseau DL, Midis GP, Feig BW, et al. Cancer of the colon, rectum, and anus. In: Feig BW, Berger DH, Fuhrman GM, editors. The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007..

3 – . INCA. Estimativa 2010 – Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em <www.inca.gov.br/estimativa/2010>. Acesso em 22/02/2010

4 – Moesinger, RC – Diagnosis and emerging therapies in the treatment of colorectal cancer. John Hopkins Advanced Studies in Medicine – Oncology 2006; 6(1) 30-9.

5 - Levin B, Lieberman D, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A joint guideline from the American cancer Society, the US Multi-Society Task Force on colorectal cancer, and the American college of Radiology. Gastroenterology 2008; 134: 1570 – 1595.

6 – Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale – update based on new evidence. Gastroenterology 2003; 130: 1872-1885.

7 – Valadão M, Castro LS. Câncer colorretal hereditário. Rev Col Bras Cir 2007; 34: 193-200.

8 – Gatta G, Capocaccia R, Sant M, et AL. Understanding variations in survival for colorectal cancer in europe: A EUROCARE high resolution study. Gut 2000; 47:533-8.

9 – Valadão M, Graziosi G, Carneiro M, Leal R, et al. A importância da suspeição clínica no diagnóstico e tratamento do câncer colorretal hereditário. Rev Bras Coloproct. 2008;28 (4): 454-461.

10- van Leeuwen PJ, Connolly D, Gavin A, Roobol MJ, Black A, Bangma CH, Schröder FH. The Prostate Cancer Prevention Trial and European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer risk calculators indicating a positive prostate biopsy: A comparison. BJU International 2008 19 (102): 1068 – 1073.

11 -Fonseca, LA; Ramacciotti Ade S, Eluf Neto J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no município de São Paulo entre 1980 e 1999. Cad Saúde Pública. 2004; 20(1):136-42.

12 – Bleggi Torres FL, Werner B, Totsugui J, Collaco LM, Araújo SR, Huculak M. Cervical cancer screening program of Parana: cost-effective model in a developing country. Diagn Cytopathol. 2003; 29(1):49-54.

13 – Bevers TB, Anderson BO, Bonaccio E, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer screening and diagnosis. J Natl Compr Canc Netw. 2009;7(10):1060-96.

14- Lieberman D. Colonoscopy as a mass screening tool. Eur J Gastroenterol Hepatol 1998 ;10(3):225-8.

TABELAS

TABELA 1 – Sintomas

| | Direito (%) | Esquerdo (%) | Reto (%) | Geral (%) |
|---------------|-------------|--------------|----------|-----------|
| Anemia | 27,2 | 16,6 | 10 | 14,5 |
| Dor Abdominal | 45,4 | 60,5 | 60 | 60,1 |
| Emagrecimento | 54,5 | 38,5 | 20 | 33,5 |
| Sangramento | 22,4 | 32,7 | 70 | 15,5 |
| Obstrução | 45,4 | 42,9 | 60 | 36,7 |

TABELA 2 – Estadiamento

| | Eletivos (%) | Urgência (%) |
|-------------|--------------|--------------|
| Estadio I | 2,7 | 0 |
| Estadio II | 27,7 | 28,2 |
| Estadio III | 25 | 30,4 |
| Estadio IV | 44 | 41,3 |
| Obstrução | 45,4 | 42,9 |

TABELA 3 – orientações para rastreamento e acompanhamento para a detecção de câncer e adenomas colorretais em pacientes com risco aumentado e alto risco.

| CATEGORIA DE RISCO | IDADE DE INÍCIO | RECOMENDAÇÕES |
|--|--|---------------------------------|
| RISCO AUMENTADO | | |
| PACIENTES COM HISTÓRICO DE PÓLIPOS EM COLONOSCOPIA PRÉVIA | | |
| Pacientes com pequenos pólipos hiperplásticos | - | Colonoscopia ou outros métodos* |
| Pacientes com 1 ou 2 pequenos adenomas tubulares com displasia de baixo grau | 5 a 10 anos após polipectomia inicial | Colonoscopia |
| Pacientes com 3 a 10 adenomas, ou 1 adenoma > 1 cm ou qualquer adenoma com componente viloso ou com displasia de alto grau | 3 anos após polipectomia inicial | Colonoscopia |
| Pacientes com >10 adenomas em um exame | < 3 anos após polipectomia inicial | Colonoscopia |
| Pacientes com adenomas sésseis que foram removidos por piecemeal | 2 a 6 meses para verificar a completa excisão | Colonoscopia |
| PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL | | |
| Pacientes com câncer de cólon e reto deverão ser submetidos a uma investigação de alta qualidade peroperatória | 3 a 6 meses após ressecção do câncer, se não houver metástases irressuscáveis avaliadas durante a cirurgia | Colonoscopia |

| Pacientes submetidos a cirurgia curativa de câncer de cólon e reto | 1 ano após a ressecção | Colonoscopia |
|---|---|---|
| PACIENTES COM HISTÓRICO FAMILIAR | | |
| História de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos em parentes de 1º grau antes de 60 anos ou em 2 ou mais parentes de 1º grau em qualquer idade | 40 anos ou 10 anos antes do mais jovem caso na família | Colonoscopia (a cada 5 anos) |
| História de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos em parentes de 1º grau ≥ 60 anos ou 2 parentes de 2º grau em qualquer idade com câncer colorretal | 40 anos | Colonoscopia |
| ALTO RISCO | | |
| Diagnóstico genético de polipose familiar ou suspeita sem confirmação genética | 10 a 12 anos | Retosigmoidoscopia flexível anual para determinar se o indivíduo tem expressão genética da anormalidade (considerar aconselhamento para teste genético) |
| Diagnóstico clínico ou genético de HNPCC ou indivíduos com elevado risco de HNPCC | 20 a 25 anos, ou 10 anos mais jovem do 1º caso na família | Colonoscopia a cada 1 ou 2 anos (considerar aconselhamento para teste genético) |
| Doença inflamatória intestinal (doença de crohn/ retocolite ulcerativa) | O risco de câncer começa a ser significativo após 8 anos do início de uma pancolite ou 12 a 15 anos após o início de uma colite localizada à esquerda | Colonoscopia com biópsia para displasia a cada 1 ou 2 anos |
| * A cada 5 anos: retosigmoidoscopia flexível, colonoscopia virtual, clister opaco e anualmente: sangue oculto nas fezes (guaiaico ou imunotoquímico) | | |
| Levin et al. Gastroenterology 2008 134: 1570 – 1595. | | |

TERCEIRO LUGAR NO 7º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2010

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Dr. Rodolfo foi um dos residentes que continuou conosco na pós-graduação em microcirurgia. Talentoso, interessado e comprometido, evoluiu e desabrochou em um profissional completo, brilhante e de muitos recursos, motivo de orgulho para nós que tivemos o privilégio de ser seus preceptores.

DR. JULIANO CARLOS SBALCHIERO

CRM 52 65401-9

O MÉDICO PREMIADO

O Dr. Rodolfo Chedid graduou-se em medicina no ano de 2000 pela Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e após concluir quatro anos de residência médica em cirurgia geral especializou-se em Cirurgia Plástica num dos mais renomados e antigos centros de formação, o Instituto Nacional do Câncer.

Durante a sua residência médica, foi Visitor Fellow no Department of Plastic Surgery do Alabama University e no maior centro de câncer dos EUA, o MD Anderson Cancer Center em Houston, Texas.

Dr Rodolfo atua de forma ativa na cirurgia reconstrutora das mamas e reconstruções complexas com retalhos microcirúrgicos. É Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

DR. RODOLFO CHEDID

CRM 52 69778-8



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

RECONSTRUÇÃO CRANIOFACIAL COM RETALHOS MICROCIRÚRGICOS: ANÁLISE CRÍTICA.

Instituto Nacional do Câncer

RESIDENTE: Dr. Rodolfo Chedid

PRECEPTOR: Dr. Juliano Sbalchiero

RESUMO: Os defeitos craniofaciais após ressecção tumoral representam uma situação extrema em cirurgia reparadora devido à complexidade das estruturas envolvidas, pela configuração tridimensional do defeito e pelo grande impacto funcional e estético que implicam. Portanto, a utilização de retalhos livres tornou-se uma grande opção para as reconstruções envolvendo a região craniofacial. Métodos: Análise retrospectiva de 23 prontuários médicos de pacientes submetidos à ressecção de tumores da região craniofacial e que foram submetidos à reconstrução com retalhos microcirúrgicos no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007. Foram avaliados: variáveis demográficas; tipo histológico do tumor; retalho utilizado; índice de sucesso e complicações. Resultados: O tipo histológico mais comum foi o carcinoma espinocelular com 35%, seguido do carcinoma basocelular com 26%. O retalho microcirúrgico mais utilizado foi o reto abdominal com 40%, seguido do retalho anterolateral da coxa com 24%. As complicações imediatas e tardias foram de 26%, com índice de sucesso de 95,6%. Conclusão: Tendo em vista a magnitude do defeito residual após a ressecção tumoral, a reconstrução com retalhos microcirúrgicos apresenta-se como opção segura, em tempo único e com baixo índice de complicações, oferecendo ao paciente um rápido restabelecimento e retorno ao convívio familiar.

DESCRITORES: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS RECONSTRUTIVOS

INTRODUÇÃO

Os defeitos craniofaciais e do terço médio da face após extensas ressecções tumorais, constituem uma das situações mais extremas para o cirurgião plástico que atua na área da cirurgia reconstrutora¹. Isso se deve à complexidade anatômica das estruturas envolvidas, pela configuração tridimensional do defeito resultante e pelo grande impacto funcional e estético

que acarretam ao paciente. O maxilar é a estrutura de suporte central da face com grande importância funcional e estética. Possui uma

configuração tridimensional em forma de um hexágono², fornece sustentação às estruturas do cone orbitário, separa a cavidade oral e nasal, forma a base para dentição, além de contribuir na conformação e simetria facial. A reconstrução desse segmento da face torna-se imperiosa e apresenta graus variados de complexidade dependendo da extensão da ressecção. Existem atualmente algumas opções de tratamento dos defeitos craniofaciais e do terço médio da face que podem variar desde a utilização de materiais protéticos, retalhos locais, retalhos livres ou uma combinação destes³. Entretanto, com o

aperfeiçoamento das técnicas microcirúrgicas em meados da década de 70 e início da década de 80, tumores que antes eram considerados irressecáveis, devido ao extenso acometimento de partes moles e estruturas ósseas profundas, hoje podem ser extirpados seguramente com margens amplas e seguras de ressecção, graças às novas e eficientes técnicas de reconstrução^{5,6}.

O resultado dessas amplas ablações tumorais são defeitos complexos, de grandes dimensões e configuração tridimensional, associados à exposição óssea, exposição meníngea e do parênquima cerebral. Portanto, o transplante microcirúrgico constitui a pedra angular no tratamento, por oferecer tecido ricamente vascularizado para preenchimento, suporte e isolamento das estruturas óssea, permitindo separar meninge e tecido cerebral das cavidades oral e nasal, prevenindo, desse modo, complicações de alta morbidade como osteomielite da base do crânio, meningite, abscesso cerebral e paralelamente um menor prejuízo na fala e na deglutição⁷ com retorno precoce do paciente ao convívio social. Temos como objetivo realizar uma análise crítica de alguns fatores ligados ao paciente e ao tumor, assim como, avaliar a efetividade e tipos de retalho livre empregado.

MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente 23 prontuários médicos de pacientes submetidos à ressecção de tumores localizados na região craniofacial pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007 e que foram reconstruídos através da utilização de retalhos livres pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructora do Instituto Nacional do Câncer. Foram excluídos os pacientes submetidos à cirurgia com acesso craniofacial que não tiveram reconstrução microcirúrgica como parte do seu tratamento, assim como, procuraram-se restringir casos operados por uma mesma equipe cirúrgica, para tentar evitar viés técnico. Avaliaram-se fatores demográficos, presença de comorbidades, tipo histológico e localização primária do tumor,

estadiamento tumoral, retalho microcirúrgico utilizado, complicações relacionadas à viabilidade do retalho, complicações tardias e índice de sucesso dos procedimentos. Não se avaliaram as complicações inerentes ao ato da ressecção tumoral.

RESULTADOS

O gênero feminino foi o mais comumente acometido, com 57% dos casos, sendo 43% dos casos (n=10) do masculino. No que tange ao grupo étnico, 92% (n=21) eram caucasianos e 8% (n=2) eram pardos. Em relação à idade, a faixa etária variou da quarta a oitava décadas de vida, com média de idade de 60 anos. As comorbidades encontradas foram hipertensão arterial sistêmica com 43% dos casos (n=10), tabagismo com 34,7%(n=8), etilismo com 21,7% (n=5), diabetes melitus (n=2) e infecção pelo vírus HIV (n=1).

Com relação à localização dos tumores, observou-se nítido predomínio de acometimento em áreas de fusão embriológica, tais como, região fronto-orbital e palpebral com 26% (n=6), pele da maxila, da região pré-auricular e ângulo mandibular em 22% (n=5) e couro cabeludo e região temporal com 18% (n=4),

totalizando 65% dos casos. Outras localizações foram, palato e seio maxilar em 26% (n=6) e cavidade oral com 8% (n=2). Quanto ao tipo de ressecção, entre os 23 pacientes operados, 65,3% (n=15) foram submetidos à ressecção do terço médio da face incluindo órbita e maxilar e 34,7% à ressecção tumoral com inclusão de tecido ósseo craniano (n=8).

A histologia tumoral mais evidente foi o carcinoma espinocelular com 35% dos casos, seguido pelo carcinoma basocelular com 26%, carcinoma adenóide cístico com 13%, carcinoma sebáceo com 9% e melanoma, fibro-histiocitoma maligno, sarcoma e adenoma pleomórfico, todos com um caso, totalizando 17% (Tabela 1). A maioria dos tumores foi estadiada como T4N0M0 (n=19) e os demais, T3N0M0 (n=4). O uso de radioterapia adjuvante foi empregada em 56,5% dos pacientes com intensidade de radiação média de 55Gy.

Tabela 1– Tipo histológico.

| Tipo Histológico | % |
|----------------------------|-------|
| Carcinoma espinocelular | 35% |
| Carcinoma basocelular | 26% |
| Carcinoma adenóide cístico | 13% |
| Carcinoma sebáceo | 9% |
| Fibrohistiocitoma maligno | 4.25% |
| Sarcoma | 4.25% |
| Melanoma | 4.25% |
| Adenoma pleomórfico | 4.25% |

O retalho microcirúrgico mais comumente utilizado foi o retalho miocutâneo do músculo reto abdominal baseado nos vasos epigástricos inferiores profundos, com 40% dos casos (n=10), sendo sete com ilha de pele transversal (TRAM) e três com ilha de pele vertical (VRAM). O retalho fasciocutâneo ântero-lateral da coxa baseado nos vasos perfurantes do ramo descendente da artéria circunflexa femoral lateral foi aplicado em 24% dos casos, seguido do retalho fasciocutâneo antebraquial com fluxo reverso (chinês) com 16%, retalho miocutâneo do músculo grande dorsal em 8%, retalho fasciocutâneo escapular, de grande omento e miocutâneo do músculo tensor da fâscia lata todos com um caso respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2– Retalhos microcirúrgicos.

| Retalhos Microcirúrgicos | % |
|--|-----|
| Retalho miocutâneo do músculo reto abdominal | 40% |
| Retalho fasciocutâneo ântero-lateral da coxa | 24% |
| Retalho fasciocutâneo antebraquial | 16% |
| Retalho miocutâneo do músculo grande dorsal | 9% |
| Retalho miocutâneo do músculo grande dorsal | 8% |
| Retalho fasciocutâneo escapular | 4% |
| Retalho de grande omento | 4% |
| Retalhos miocutâneo do músculo tensor da fâscia lata | - |

O sofrimento do retalho dentro das primeiras 24h de pós-operatório, necessitando de reintervenção cirúrgica para revisão da anastomose, ocorreu em 26% (n=6) dos casos estudados. Em 13% (n=3), foi constatada trombose de anastomoses, sendo estas refeitas com salvamento do retalho. Em 8,6% (n=2), após a revisão de anastomose, os retalhos evoluíram com perdas parciais sendo que em um caso, houve a necessidade apenas de desbridamento tardio para resolução e em outro, além do desbridamento parcial, a subsequente substituição completa do retalho por motivos técnicos, para obtenção de um resultado adequado. A perda total do retalho ocorreu somente em um caso após a revisão de anastomose, totalizando um índice de sucesso de 95.7%. Empregamos, em nosso serviço, como protocolo de monitorização da perfusão do retalho, o uso do Doppler vascular, sendo realizado sistematicamente a cada duas horas nas primeiras 24h pelo médico residente do serviço ou pela equipe médica de plantão da unidade de terapia intensiva. O índice de complicações tardias foi de 26%, incluindo fístulas sino-cutâneas em 8,6% (n=2), deiscência da ferida abdominal e infecção da tela de polipropileno, distorção da pirâmide nasal, paralisia facial e fístula liquórica com resolução espontânea em dez dias, todos com um caso, respectivamente.

Recidiva tumoral ocorreu em três pacientes e houve somente um caso de óbito registrado no pós-operatório imediato por etiologia clínica

Caso 1



Figura 1 – Tomografia computadorizada de crânio evidenciando volumoso tumor de terço médio da face, acometendo todos os seios da hemiface direita e platô cribiforme.



Figura 2 – Marcação pré-operatória.



Figura 3 – Ressecção cirúrgica ampla com acesso crânio-facial



Figura 4 – Espécime cirúrgico. O exame histopatológico revelou carcinoma adenóide cístico de seio maxilar



Figura 5 – Reconstrução com retalho livre do músculo reto abdominal. Resultado final com seis meses de pós-operatório

Caso 2



Figura 6 – Tomografia computadorizada de crânio evidenciando volumosa massa em face direita com invasão da base do crânio



Figura 7 – Carcinoma espinocelular de face direita. Marcação préoperatória.

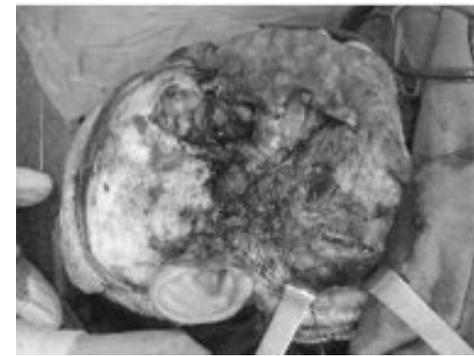


Figura 8 – Ressecção cirúrgica ampla: exenteração alargada de órbita com ressecção de todas as suas paredes, platô cribiforme, parte da asa do esfenóide, pansinusectomia, parotidectomia total com inclusão do nervo facial, maxilectomia subtotal, mandibulectomia segmentar e esvaziamento cervical supra-omoióideo



Figura 9 – Reconstrução com retalho livre do músculo reto abdominal. Pós-operatório imediato

DISCUSSÃO

Os tumores que acometem a região craniofacial quando não diagnosticados e tratados de forma adequada, podem invadir estruturas profundas como ossos da base do crânio, conteúdo orbitário, meninges e parênquima cerebral, produzindo situações de extrema complexidade, exigindo muitas vezes reconstruções tridimensionais conforme estabelecido por Galvão e cols. em 1988. Os carcinomas da pele do tipo histológico espinocelular e basocelular pela sua alta prevalência em nosso país devido às precárias condições médicas-assistenciais associado à excessiva exposição solar, foram os mais comumente encontrados com 35% e 26% dos casos respectivamente, ao contrario

do que ocorre em países desenvolvidos, onde a maioria das indicações de cirurgia craniofaciais são para pacientes com tumores originados dos seios da face^{2,7,9,10}. A maioria dos tumores foram estadiados como T4N0M0, o que denota um comportamento biológico agressivo, porém, com baixo potencial metastático, exigindo dessa maneira uma ressecção ampla com margens livres de doença residual¹¹. Apesar disso, as taxas de recidiva tumoral foram de 13% (n=3). Um dos fatores demográficos analisado em nosso estudo foi a idade dos pacientes. Amédia de idade foi de 60 anos e apesar deste dado, a taxa de complicações foi de 26% e houve apenas um óbito tardio por etiologia clínica, confirmando a segurança do procedimento microcirúrgico

independente da idade, conforme demonstrado¹². Atualmente existem uma miríade de opções para reconstruir os defeitos craniofaciais, sendo a indicação dependente das dimensões do defeito e das estruturas envolvidas¹¹. Historicamente, há relatos que remontam ao século passado, quando em 1862, Von Langenbeck utilizou retalho de palato para fechamento de um pequeno defeito em cavidade oral. Em meados do século 20, várias opções de retalhos locais e regionais foram descritos, entretanto, com o desenvolvimento e aprimoramento das técnicas microcirúrgicas na década de 80, houve o grande salto para as reconstruções desses defeitos, tendo efeito direto na abordagem do tratamento cirúrgico destes pacientes^{3,4,9}. Tradicionalmente, os defeitos do maxilar eram tratados com retalhos locais e enxertos de pele, seguido do implante de prótese obturadora^{3,4,10,13,14}, contudo, a superioridade dos retalhos livres no que concerne em restabelecer simetria e volume facial, promover suporte para implantes osteointegrados e isolamento de estruturas profundas, com um menor prejuízo na fala e deglutição, tornou essa conduta obsoleta^{2-4,9,10,15}.

A possibilidade de reconstrução adequada pelos transplantes de tecido autólogo permitiu ampliar as indicações cirúrgicas e oferecer uma opção de tratamento àqueles pacientes com doença avançada que anteriormente eram relegados a sua própria sorte.

Em nossa casuística o retalho livre mais comumente utilizado foi o retalho musculocutâneo do reto abdominal com 40% dos casos. Esse retalho proporciona na maioria dos casos uma ilha de pele com dimensões adequadas para confecção de forro interno e cobertura cutânea, possui um bom volume para preenchimento, além de um pedículo longo e com bom calibre 2,9,10,13,16. Os retalhos osteomiocutâneos como retalho de fíbula conforme descrito por Hidalgo¹⁷ e antebraquial com fragmento do osso rádio¹⁸ podem ser indicados para reconstrução de defeitos profundos do terço médio da face, com vantagens como prevenção da incontinência oral, evitar a ptose do conteúdo orbitário, melhora da fala e possibilidade de reabilitação odontológica com implantes posteointegrados^{3,4,10,13,14}.

Entretanto, devido a magnitude dos defeitos encontrados nesta série de pacientes apresentada, não utilizamos retalhos livres compostos com fragmentos ósseos, e se for muito necessário, utilizamos somente enxertos de crista ilíaca para confecção do assoalho da órbita.

Em situações onde há necessidade de acesso craniofacial com ressecção meníngea e exposição do parênquima cerebral, o fechamento do defeito meníngeo torna-se mandatório, podendo ser utilizado retalho pericrânio-galeal, fásia temporal ou enxerto de fásia lata, associado ou não à cola de fibrina, evitando deste modo, complicações como pneumoencéfalo, fistula líquórica e infecção¹⁹. Em nossa casuística, o isolamento da fossa craniana anterior das fossas nasais foi feita com retalho pericrânio-galeal reforçada com retalho microcirúrgico, proporcionando desta maneira, uma boa separação destas cavidades. Em situações especiais, com tumores com pequena invasão de fossa craniana anterior, o acesso subcranial minimamente invasivo, diminui bastante a incidência de complicações, conforme relatado por Farias e Dias^{20,21}. Após a ressecção da calota craniana, a escolha da técnica para realização da cranioplastia irá depender das dimensões do defeito, da idade do paciente, da preferência pessoal do

cirurgião, do material disponível e do grau de contaminação da ferida operatória. Podem ser utilizados enxertos ósseos de

calota craniana, costela e crista ilíaca, e também materiais aloplásticos, como acrílico biocompatível e telas de titânio associado ao cimento de hidroxapatita e fosfato de cálcio ou polimetilmetacrilato¹⁹. Em nossa série estudada, os casos em que houve a necessidade deste tipo de reparo, utilizamos enxertos de calota craniana e tela de titânio associado ao polimetilmetacrilato ou cimento de hidroxapatita e fosfato de cálcio, dependendo das dimensões do defeito residual. Em virtude do alto grau de complexidade dessas ressecções, as taxas de complicações segundo alguns estudos podem variar de 16 a 64%¹¹. Disa e cols. em análise retrospectiva de 728 reconstruções de cabeça e pescoço com retalhos microcirúrgicos após ablação tumoral, encontraram taxa de complicações de 17,5%¹⁵. Singh e cols.²² evidenciaram taxas de complicações de 28% e Laedrach e cols.¹⁹, em estudo prospectivo de 122 pacientes submetidos a extensas ressecções tumorais que acometiam a base do crânio, observaram taxas de complicações de 47,7%. Em nossa casuística, observamos uma taxa de 26% e somente um caso de óbito tardio de etiologia clínica, não relacionado ao procedimento cirúrgico. Fístula cutânea foi a complicação mais comumente observada com dois casos, resultados semelhantes aos publicados por Dias²¹.

CONCLUSÃO

Os tumores malignos de pele possuem uma elevada prevalência em nosso país, em virtude da excessiva exposição solar típica de países tropicais, associado à carência médicoassistencial e baixos níveis sociais. São neoplasias que na grande maioria das vezes são subestimadas e tratadas de forma inadequada, o que responde pelos casos avançados avaliados por nós, e portanto, exigindo grandes ressecções. A idade dos pacientes, um dos fatores demográficos avaliados, não mostrou ser um empecilho à indicação do reparo microcirúrgico conforme mostrou nosso estudo. Atualmente a transferência livre de tecidos oferece a

forma mais efetiva de fechamento de defeitos complexos envolvendo a região craniofacial e do terço médio da face com elevados índices de sucesso conforme demonstra nossa casuística (95,7%). Através dessas técnicas, tumores avançados e que antes eram considerados irressecáveis por acometer estruturas profundas, hoje são extirpados de forma ampla e segura, associado a baixas taxas de complicações.

REFERÊNCIAS

- Cordeiro PG, Disa JJ. Challenges in midface reconstruction. *Semin Surg Oncol*. 2000;19(3):218-25.
- Cordeiro PG, Santamaria E. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105(7):2331-46.
- Futran ND, Mendez E. Developments in reconstruction of midface and maxilla. *Lancet Oncol*. 2006;7(3):249-58.
- Muzaffar AR, Adams WP, Hartog JM, Rohrich RJ, Byrd HS. Maxillary reconstruction: functional and aesthetic considerations. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104(7):2172-83.
- Galvão MSL, Braga ACCR, Souza JRW. A contribuição da microcirurgia reparadora no tratamento do paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol*. 1984;30(4):24-34.
- Galvão MSL. The role of reconstructive microsurgery in cancer surgery [resumo]. [Apresentado no International Conference of Plastic and Reconstructive Surgery; 1985; Stockholm].
- Chiu ES, Kraus D, Bui DT, Mehrara BJ, Disa JJ, Bilsky M, Shah JP, Cordeiro PG. Anterior and middle cranial fossa skull base reconstruction using microvascular free tissue techniques: surgical complications and functional outcomes. *Ann Plast Surg*. 2008;60(5):514-20.
- Galvão MSL, Sá GM. Tridimensional facial reconstruction [resumo]. [Apresentado na 2nd International Conference on Head and Neck Cancer; 1988; Boston].
- Futran ND. Improvements in the art of midface reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;9(4):214-9.
- Foster RD, Anthony JP, Singer MI, Kaplan MJ, Pogrel MA, Mathes SJ. Reconstruction of complex midfacial defects. *Plast Reconstr Surg*. 1997;99(6):1555-65.
- Galvão MSL, Sá GM, Farias T, Anlicoara R, Dias FL, Sbalchiero JC. Reconstrução tridimensional da face nos tumores avançados com invasão da fossa craniana anterior. *Rev Col*

Bras Cir. 2004;31(2):124-31.

Coskunfirat OK, Chen HC, Spanio S, Tang YB. The safety of microvascular free tissue transfer in the elderly population. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115(3):771-5.

Dalgorf D, Higgins K. Reconstruction of the midface and maxilla. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;16(4):303-11.

Blackwell KE. Update on microvascular free tissue transfer: new trends and applications. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;8(4):294-9.

Disa JJ, Pusic AL, Hidalgo DH, Cordeiro PG. Simplifying microvascular head and neck reconstruction: a rational approach to donor site selection. *Ann Plast Surg*. 2001;47(4):385-9. reconstruction: a rational approach to donor site selection. *Ann Plast Surg* 2001; 47: 385-389.

Valentini V, Fabiani F, Nicolai G, Torroni A, Gennaro P, Marianetti TM, Iannetti G. Use of microvascular free flaps in the reconstruction of the anterior and middle skull base. *J Craniofac Surg*. 2006;17(4):790-6.

Hidalgo DA. Fibula free flap: a new method of mandible reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1989;84(1):71-9.

Vaughan ED. The radial forearm free flap in orofacial reconstruction. Personal experience in 120 consecutive cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 1990;18(1):2-7.

Laedrach K, Lukes A, Raveh J. Reconstruction of Skull Base and Fronto-orbital Defects following Tumor Resection. *Skull Base*. 2007;17(1):59-72.

Farias TP, Dias FL, Moraes L, Geraldo MCM, Carneiro MP, Malaco L, Manfro G, Sperry Jr. J. Acesso subcranial minimamente invasivo: Alternativa cirúrgica para ressecção de tumores da base do crânio anterior. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(1):38-42.

Dias FL, Sá GM, Kligerman J, Lopes HF, Wance JR, Paiva FP, Benévolo A, Freitas EQ. Complications of anterior craniofacial resection. *Head Neck*. 1999;21(1):12-20.

Singh B, Cordeiro PG, Santamaria E, Shaha AR, Pfister DG, Shah JP. Factors associated with complications in microvascular reconstruction of head and neck

Médicos paralisam convênios e fazem manifestação em frente à ANS



O CREMERJ promoveu, dia 21 de setembro - Nacional de Suspensão Atendimento aos Planos de Saúde - uma manifestação frente à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para reivindicar honorários pela CBHPM e corrigir a aprovação do Projeto de Lei 6.964/2010, que também prevê reajuste anual nos contratos com as operadoras. Após o protesto, o Presidente do Conselho, Márcia Rosa de Araujo, acompanhada pelo Presidente da Somerj, Carlindo Machado, e de representantes das cidades de especialidade, entregaram uma carta ao Diretor de Normatização de Operadoras da ANS, Leandro Tavares, com as reivindicações dos médicos.

Páginas 10 e

SAÚDE PÚBLICA

Protesto em frente à Assembleia Legislativa será no dia 25 de outubro

Páginas 6 e

CREMERJ discute com parlamentares a falta de médicos nos hospitais

Páginas 6 e

8º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2011

PRIMEIRO LUGAR NO 8º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2011

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Dr. Mário Russano sempre se demonstrou ativo e compenetrado no desempenho de sua residência e teve um desempenho muito favorável.

Seu interesse por várias áreas da cirurgia plástica culminou com a apresentação deste belo e inovador estudo, que mereceu inclusive premiação no congresso nacional de nossa especialidade.

DR. JULIANO CARLOS SBALCHIERO

CRM 52 65401-9

O MÉDICO PREMIADO

Especialista em Cirurgia Geral pelo Hospital Federal de Jacarepaguá; Cirurgia do Trauma pelo Hospital Estadual Albert Schweitzer; Membro Especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Cirurgia Plástica, Reconstructora e Microcirurgia pelo Instituto Nacional de Câncer; Fellow em Cirurgia Plástica Infantil no Hospital Municipal Jesus; Fellow em Cirurgia Plástica Craniofacial no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; Fellow em Cirurgia Plástica Estética no Instituto Ivo Pitanguy.

DR. MARIO DE SIQUEIRA RUSSANO

CRM 52 79802-9



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

MONITORIZAÇÃO DE RETALHOS MICROCIRÚRGICOS ATRAVÉS DA GLICEMIA

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

RESIDENTE: Dr. Mário de Siqueira Russano

PRECEPTOR: Dr. Juliano Carlos Sbalchiero

DESCRITORES: PROCEDIMENTOS - CIRÚRGICOS RECONSTRUTIVOS - CIRURGIA RECONSTRUTIVA - CARCINOMA

INTRODUÇÃO

Desde 1969, quando o cirurgião plástico americano Dr. Harry J. Buncke (Fig.1) realizou com sucesso o primeiro transplante microcirúrgico em humanos no Naval Hospital em Oakland, E.U.A – transferência livre de omento para cobertura de um grande defeito em couro cabeludo –, diversas formas de monitorização da viabilidade pós-operatória de retalhos livres vêm sendo desenvolvidas na tentativa de aumentar a acurácia e a precocidade do diagnóstico das complicações vasculares imediatas dos vasos anastomosados. Dentre as mais utilizadas temos: avaliação clínica, Doppler externo, Doppler implantável, Ultrassonografia Duplex Colorida, Espectroscopia e Microdiálise.



Fig.1: Dr. Harry J. Buncke.

OBJETIVO

Avaliar o método de comparação entre a glicemia do retalho e a glicemia capilar periférica (Fig.2) para prever a viabilidade do retalho

microcirúrgico e as complicações imediatas quanto à patência das microanastomoses (Fig.3) de forma precoce, antes do aparecimento de sinais clínicos.



Fig.2: Haemogluco teste de capilar periférico.



Fig.3: Microanastomose vascular.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo piloto prospectivo com 38 pacientes submetidos a reconstrução com transplante microcirúrgico no Instituto Nacional de Câncer entre 01 de março de 2010 e 28 de fevereiro de 2011. Os pacientes tiveram a mensuração da glicemia capilar periférica por punção em polpa de quirodáctilos, e glicemia do retalho aferida por meio de haemogluoteste em intervalos de seis horas durante as primeiras 48 horas de pós-operatório, em unidade fechada, sendo o fim do procedimento cirúrgico considerado 0h. A comparação é realizada pela relação glicemia do retalho/glicemia periférica, que nomeamos de coeficiente glicêmico. O local da anastomose microvascular foi marcado a fim de se evitar a punção do retalho próximo ao pedículo.



Fig.4: Pré-operatório de carcinoma

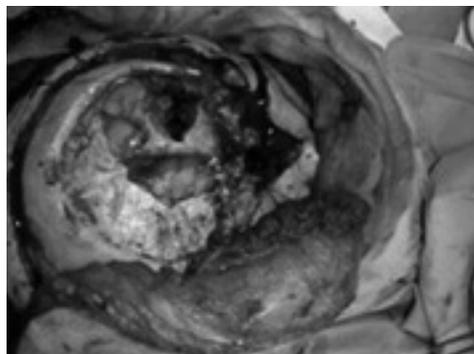


Fig.5: Transoperatório após ressecção de osso frontal e dura-máter. basocelular de região frontal.

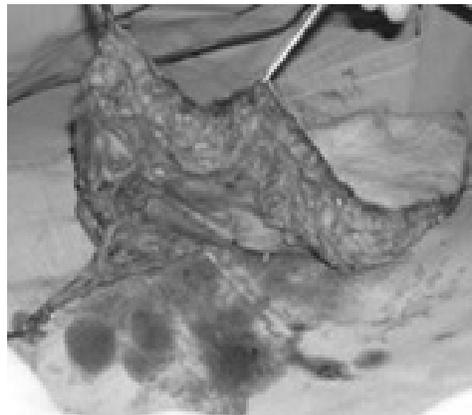


Fig.6 e Fig.7: Marcação e dissecção de retalho livre anterolateral da coxa com pedículo no ramo ascendente da artéria circunflexa femoral lateral.



Fig.8: Pós-operatório imediato após reconstrução microcirúrgica.

RESULTADO

Foram realizados 38 retalhos microcirúrgicos para reconstrução de cabeça e pescoço, sendo observadas complicações vasculares em 8 pacientes (21,4%) – sendo 5 casos de trombose venosa (13,15%), e 3 casos de trombose arterial (7,89%) . 30 pacientes (78,96%) evoluíram sem complicações. Os pacientes que não tiveram complicações (Gráfico1) apresentaram coeficiente glicêmico maior que 0,8 em 99,2 % das aferições, com valor preditivo positivo de 100%, e valor preditivo negativo de 87,5%. 1 paciente (3,3%) apresentou todas as mensurações com coeficiente maior que 1,0, demonstrando a excelente evolução do retalho, que se manteve sempre com glicemia maior que a periférica. Quanto aos 5 pacientes diagnosticados com trombose venosa (Gráfico 2), todos apresentavam relação glicêmica dentro do esperado até o momento da intercorrência – quando as aferições registraram coeficiente entre 0,31 e 0,65. Trombose arterial (Gráfico 3) foi observada em 3 pacientes, que apresentaram coeficiente de 0,07; 0,18 e 0,19; notadamente mais baixo que em trombose venosa.

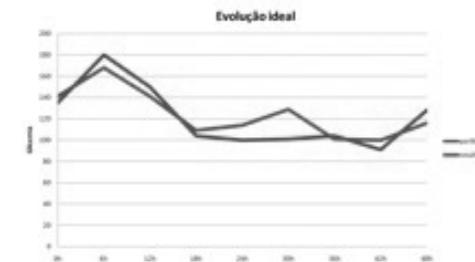


Gráfico 1

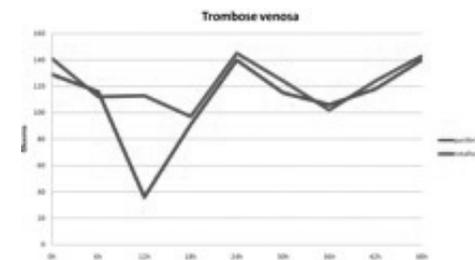


Gráfico 2

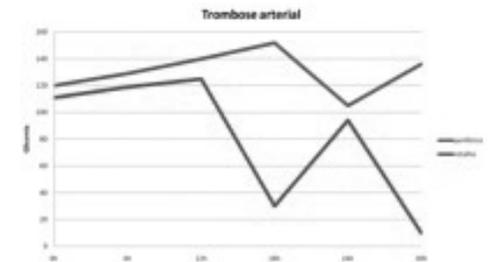


Gráfico 3

DISCUSSÃO

Segundo Smit e colaboradores (SMIT J.M. et al., 2010), a Espectroscopia é considerada o método padrão-ouro para avaliação de retalhos microcirúrgicos por ser não invasivo, por permitir monitorização contínua, e apresentar VPP e VPN de 100%. Como desvantagem temos o alto custo do equipamento e a pouca disponibilidade. O sistema de Doppler Venoso implantável, que apresenta VPP=100% e VPN=81-93%, é invasivo, porém avalia continuamente, além de ser de técnica e interpretação fáceis. A Ultrassonografia Duplex Colorida apresenta VPP e VPN de 100%, mas necessita de técnica apurada e é de difícil conclusão, dependente do examinador. A Microdiálise é um exame caro, invasivo e de difícil avaliação, com VPP=100% e VPN=90%. O método de monitorização da glicemia apresenta sensibilidade de 99,2% utilizando como ponto de corte para retalhos viáveis o coeficiente glicêmico acima de 0,8, com VPP=100% e VPN de 87,5%, o custo é baixo e a disponibilidade, ampla. VPP=Valor Preditivo Positivo VPN=Valor Preditivo Negativo.

Tabela 1: Glicemia: VPP= 87,5% , VPN=100% , não invasivo, direto, fácil interpretação e técnica, baixo custo.

CONCLUSÃO

A monitorização de retalho livre pela relação glicemia do retalho/glicemia capilar periférica pode oferecer uma alternativa de avaliação tecnicamente simples, rápida e disponível em todas as unidades de pós-operatório. Não depende da experiência do examinador, podendo ser executada pela equipe de enfermagem, além de custo extremamente

baixo quando comparada aos outros métodos. Este estudo piloto demonstra que a utilização do coeficiente glicêmico como meio complementar para avaliar a viabilidade de um retalho livre pode constituir uma ferramenta útil desde que tenham uma área passível de ser puncionada, inclusive podendo ser utilizado para retalhos pediculados. Estudos complementares, com um maior número de pacientes, são necessários para que a técnica seja melhor avaliada.

REFERÊNCIAS

MCLEAN D.; BUNCKE, H. Autotransplant of omentum to a large scalp defect, with microsurgical revascularization. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v.49, n.3, p.268-274, 1972.

NUMATA, T. et al. Usefulness of color Doppler sonography for assessing hemodynamics of free flaps for head and neck reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, n.48, p.607-612, 2002.

REPEZ, A.; OROSZY, D.; ARNEZ, Z.M.; Continuous postoperative monitoring of cutaneous free flaps using near infrared spectroscopy. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, n.61, p.71-77, 2008.

SMIT. J.M.; ZEEBREGTS, C.J.; CLARK, J.; ACOSTA, R. Advancements in free flap monitoring in the last decade: a critical review. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v.125, p.177-185, 2010.

SMIT. J.M. et al. Early reintervention of compromised free flaps improves success rate. *Microsurgery*, v.27, p.612-616, 2007.

SOLOMON, G.A.; YAREMCHUK, M.J.; MANSON, P.N. Doppler ultrasound surface monitoring of both arterial and venous flow in clinical free tissue transfer. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, n.3, p.39-41, 1986.

SWARTZ, W.M.; IZQUIERDO, R.; MILLER, M.J.; Implantable venous Doppler microvascular monitoring: Laboratory investigation and clinical results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, n.93, p.152-163, 199.

SEGUNDO LUGAR NO 8º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2011

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

O José Antônio foi um excelente residente. Além de bom médico, sempre se mostrou um profissional muito dedicado e responsável. Esse é um prêmio merecido.

DR. MARCUS VINICIUS MOTTA VALADÃO DA SILVA
CRM 52 70826-7

O MÉDICO PREMIADO

Nascido em Niterói, Rio de Janeiro, em 22-02-1984.

Graduado em Medicina pela Universidade Estácio de Sá em 2009.

Residência Médica em Cirurgia Geral pelo Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, conclusão 2012.

Residência Médica em Coloproctologia pelo Hospital Naval Marcílio Das da Marinha do Brasil, conclusão 2014.

Especialista pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia, 2014.

Cirurgião Geral do Município do Rio de Janeiro.

DR. JOSÉ ANTONIO DIAS DA CUNHA E SILVA

CRM 52 87039-0



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

CÂNCER HEREDITÁRIO: A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

RESIDENTE: Dr. José Antonio Dias da Cunha e Silva

PRECEPTOR: Dr. Marcus Valadão

RESUMO: O câncer colorretal hereditário (CCH) é uma patologia relacionada à alterações genéticas herdadas que predispõe ao desenvolvimento de neoplasias (colorretais, gastrointestinais, ginecológicas, etc.) em pacientes jovens. O simples reconhecimento da síndrome é fundamental para a realização do rastreamento dos familiares e a prevenção do câncer nesses indivíduos. O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal hereditário acompanhados na Clínica Cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, abordando aspectos relacionados ao diagnóstico e ao rastreamento. Trata-se de um estudo retrospectivo com base no banco de dados relativos aos pacientes em acompanhamento na referida unidade com diagnóstico de CCH. A partir da identificação dos casos índices foi feito o rastreamento dos familiares. Foram analisados: idade ao diagnóstico, sexo, localização e tipo histológico, presença de tumores sincrônicos ou metacrônicos, história familiar de câncer e os achados do rastreamento dos familiares de primeiro grau. Foram identificados 14 casos índices mais 02 casos suspeitos, totalizando 16 famílias que envolvem um total de 71 pacientes avaliados diretamente no ambulatório da Clínica Cirúrgica A. O paciente mais jovem apresentava 23 anos à ocasião do diagnóstico. Quanto à localização tumoral, destes casos índice (14), foram encontrados 12 tumores colorretais, 2 gástricos, 1 tireoideano e 1 tumor de adrenal. Dentre os casos de tumores colorretais, 7 deles eram localizados no cólon direito, 4 em cólon esquerdo e 1 no reto. Tiveram 2 casos de tumor metacrônico (tireóide e adrenal). De todos os pacientes envolvidos; sejam pacientes tratados, acompanhados, diagnosticados pela Clínica Cirúrgica A; inclusive aqueles com recidiva ou metástase da doença; e até mesmo os informados pelos seus familiares; foram encontrados 41 tumores e suas localizações foram: 33 tumores colorretais, 4 gástricos, 2 uterinos, 1 ovariano e 1 metástase hepática. No período de junho de 2010 a agosto de 2011 foram solicitados: 33 colonoscopias, 28 endoscopias digestiva alta, 11 mamografias e 19 ultra-sonografias trans-vaginais, e outros exames específicos que variavam conforme a história clínica individual. Dentre os exames já disponíveis foram encontrados: 01 tumor de cólon transverso e 14 lesões polipóides (sendo 1 adenocarcinoma) à colonoscopia; 01 pólipos de endométrio e 01 cisto de ovário à ultra-sonografia trans-vaginal; 01 pólipos gástrico à endoscopia digestiva alta. Dos procedimentos realizados pela CCA neste período, inclui-se: 01 implante de cateter para quimioterapia, 01 colostomia esquerda terminal definitiva vídeo assistida, 01 adrenalectomia direita vídeolaparoscópica, 01 segmentectomia hepática (V), 04 hemicolecotomias direita, 04 colectomias esquerda, e 01 histerectomia total abdominal com ressecção de volumoso cisto de ovário. Totalizando 13 procedimentos cirúrgicos realizados em 14 meses. Os resultados encontrados foram compatíveis com a literatura, ressaltando a importância do diagnóstico dos portadores da síndrome e o rastreamento dos familiares. O conhecimento do perfil desses pacientes permitirá a implementação de políticas públicas de rastreamento para populações sob alto risco de desenvolvimento de câncer colorretal hereditário, além de trazer benefícios para esses pacientes, já que o objetivo é fazer um diagnóstico precoce e, conseqüentemente, propiciar maior perspectiva de cura e melhor qualidade de vida. Esse simples conhecimento tem o poder de poupar vidas, na medida em que é capaz de prevenir o desenvolvimento do câncer em uma população jovem.

DESCRITORES: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS RECONSTRUTIVOS

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR), neoplasia maligna mais comum do tubo digestivo, teve um aumento em sua incidência, principalmente nos países em desenvolvimento, que são considerados como áreas de baixo risco¹. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), são esperados para o ano de 2011 no Brasil cerca de 28.000 novos casos de câncer colorretal, correspondendo a 13.000 no sexo masculino e 15.000 para o sexo feminino². Aproximadamente 80% dos pacientes desenvolvem o câncer colorretal de forma esporádica, e em 20% existe suscetibilidade genética envolvida¹. Dentre as formas hereditárias, o câncer colorretal hereditário não polipose (CCHNP) é o mais comum, responsável por 3% a 5% de todos os cânceres colorretais³.

O câncer colorretal hereditário não polipose (CCHNP), comumente referido como Síndrome de Lynch, é uma doença autossômica dominante de predisposição a neoplasias, com penetrância de 80%³, decorrente de mutação germinativa em um dos genes de reparo de DNA (mismatch repair – MMR) – hMLH1, hMSH2, hMSH6 e PMS2⁴. A síndrome é caracterizada por maior suscetibilidade a câncer colorretal (Síndrome de Lynch 1) e outros tumores extracolônicos, tais como de ovário, endométrio, mama, gástrico, pancreático, ureterais e da pelve renal (Lynch 2)⁵.

BASES GENÉTICAS

A síndrome de Lynch, como dito anteriormente, é uma doença autossômica dominante, causada por mutações nos genes de reparo do emparelhamento de bases do DNA, pertencentes à classe MMR (mismatch repair). A identificação inicial da base genética da síndrome começou na década de 1990 a partir da localização dos genes hMLH1 e hMLH2⁶. Desde então, quatro genes MMR tem sido claramente ligados ao desenvolvimento da doença: hMLH1 (cromossomo 3p21-3), hMSH2 (2p22-p21), hMSH6 (2p16) e hPMS2 (7p22)^{3,7}. Combinadas, as mutações nos genes hMHL1

e hMHS2 são responsáveis por 80 a 90% dos casos da doença, enquanto as mutações nos genes hMSH6 contribuem para 10%, e no gene hPMS2 para cerca de 5%⁴.

A maioria das mutações observadas em genes MMR são do tipo frameshift ou nonsense, resultando em produtos proteicos truncados⁸. Técnicas tradicionais de análise podem falhar na identificação de outras mutações de perda de função: mutações missense ocorrem em 30% das vezes, particularmente nos genes hMLH1 e hMSH6, e podem causar deficiências funcionais que não são detectadas através de imunohistoquímica^{8,9}. Assim, podem ser necessários métodos mais rebuscados de análise para identificar todo o espectro das mutações.

Defeitos nos genes MMR levam aos achados característicos de instabilidade microsatélite (MSI), comumente identificadas pela testagem de cinco pontos chave para erros de replicação microsatélite^{4,10}. Alterações nas sequências de microsatélites levam a mutações dos genes que atuam na regulação do crescimento celular. O gene codificador do TGF- β (fator de transformação de crescimento β) contém um microsatélite suscetível a mutação em caso de MSI. Mutações nesse gene inativam o receptor TGF- β , que inibe o crescimento de células epiteliais intestinais normais. A MSI também determina mutações no gene BAX, que é um importante promotor de apoptose celular^{3,11}, acelerando a sequência adenoma-carcinoma.

Instabilidade microsatélite de alta frequência – MSI-H (high) – caracterizada por duas ou mais sequências de microsatélites mutadas, é detectada em mais de 90%¹⁰ dos tumores colorretais da síndrome de Lynch. Reciprocamente, a ausência de produtos proteicos dos genes MMR na imunohistoquímica tem valor preditivo próximo a 100%¹² para MSI-H. A instabilidade microsatélite de alta frequência também é identificada em 15 a 20% dos CCR esporádicos. Na maior parte desses casos, os achados resultam da hipermetilação do promotor do gene hMLH1 causada por mutações no gene BRAF¹³.

Defeitos genéticos específicos são reconhecidos como predisponentes para diferentes expressões fenotípicas. Mutações no gene hMSH2 são associadas com a variante fenotípica de Muir-Torres, na qual o CCHNP é acompanhado de múltiplos adenomas sebáceos cutâneos, carcinomas sebáceos e ceratoacantomas¹⁰. Mutações no gene hMHL1 e hPMS2 podem ser ligadas à síndrome de Turcot, uma associação de CCHNP com tumores cerebrais¹⁴. Mutações no hMSH6 estão envolvidas com taxas mais altas de câncer de endométrio, porém com taxas mais baixas de CCR. Homozigose para hMLH1 e hMSH2 ou heterozigose composta podem produzir alterações atípicas, tais como neoplasias hematológicas e neurofibromatose⁴.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

A apresentação clínica é heterogênea, mas a síndrome é geralmente caracterizada por câncer colorretal com idade de início precoce (média de 45 anos), com predominância das lesões situadas no cólon direito, sendo 70% delas localizadas próximas à flexura hepática, com aumentado número de tumores sincrônicos e metacrônicos. Há predominância de adenocarcinomas mucinosos e pouco diferenciados, além de espectro único de tumores extracolônicos tanto benignos quanto malignos^{7,15}. Câncer de endométrio ocorre em 43%, câncer gástrico em 19%, câncer do trato urinário em 18% e câncer de ovário em 9% dos indivíduos afetados. As neoplasias extracolônicas são mais prevalentes nas mulheres, uma vez que nelas o risco de desenvolver câncer de endométrio é maior que o risco de desenvolver câncer colorretal. O risco cumulativo de desenvolvimento de qualquer neoplasia aos 70 anos é de aproximadamente 90% nos homens e 70% nas mulheres afetadas⁴.

Duas síndromes foram inicialmente descritas. A síndrome de Lynch I, caracterizada pelo câncer de cólon em indivíduos relativamente jovens, e a síndrome de Lynch II, caracterizada por famílias sob risco de câncer colorretal e extracolônicos, como os cânceres de ovário, endométrio, gástrico, pancreático, ureterais e da pelve renal¹⁶.

O diagnóstico da síndrome de Lynch requer a averiguação de uma história familiar precisa e detalhada, além do conhecimento da doença e de suas características por parte do médico, que pode estar diante do primeiro caso dentro de uma família. Todavia, é importante reconhecer que embora a história familiar do câncer colorretal auxilie quando presente, a sua ausência não exclui a síndrome de Lynch¹⁵.

A história familiar tem sido a principal forma de identificação de pacientes sob risco de desenvolver a síndrome, já que não há sinais ou sintomas clínicos que sejam capazes de prever tal suscetibilidade. Foram criados, então, pelo Grupo Colaborativo Internacional (GCI), os critérios de Amsterdam, em 1990, para que famílias suscetíveis fossem identificadas. Por serem altamente restritivos, os critérios de Amsterdam foram expandidos, incluindo outros tumores relacionados à síndrome de Lynch (colorretal, endometrial, de intestino delgado, gástrico, pancreático, ureteral e de pelve renal), dando origem aos critérios de Amsterdam modificados (tabela 1)³.

A introdução dos critérios de Bethesda (ver tabela 2), criados em 1997 pelo Instituto Nacional de Câncer (NCI) americano, durante conferência de consenso, e posteriormente revisados, levou a uma liberalização adicional na identificação desses pacientes. Os critérios de Bethesda foram estabelecidos de modo que identifiquem indivíduos e famílias nos quais a Síndrome de Lynch é suspeita e para quem a testagem da instabilidade microsatélite estaria indicada. Foi proposto, na conferência, que fossem analisados cinco marcadores de microsatélite para detecção de MSI na Síndrome de Lynch: BAT25, BAT26, D5S346, D2S123 e D17S250^{4,16}. Em 2002, foram revisados e ampliados os critérios originais e, em 2004, foram novamente revistos, passando a incluir os achados da síndrome de Muir-Torres. Embora a sensibilidade dos critérios de Bethesda seja maior que a dos critérios de Amsterdam, ambos apresentam falhas quanto à sensibilidade e à especificidade para o diagnóstico da doença¹⁷.

É importante ter em mente que nem todos os indivíduos com Síndrome de Lynch preencherão esses critérios. Sendo assim, o médico deve ter alto índice de suspeita clínica para diagnosticar a doença. É igualmente importante reconhecer que apenas aproximadamente 60% das famílias que preenchem os critérios de Amsterdam possuem anomalia hereditária em um gene MMR15. O termo “câncer colorretal familiar do tipo X” foi sugerido para distinguir as famílias que atendem completamente aos critérios de Amsterdam, mas que não possuem evidência de defeito em gene MMR, já que parentes nessas famílias parecem ter menor incidência de câncer colorretal em relação àqueles pertencentes a famílias nas quais foi identificada mutação no gene MMR. Além disso, cerca de 20% dos casos recém descobertos de Síndrome de Lynch são causados por mutações espontâneas nas linhagens germinativas, de forma que o histórico familiar por vezes não reflete o caráter genético da síndrome⁴.

Com a identificação dos defeitos em genes MMR como principal causa subjacente da síndrome, fica claro que os critérios clínicos tradicionais e os genéticos não se sobrepõem completamente⁴. Alguns algoritmos para o rastreio de síndrome de Lynch tem sido testados, através de modelos quantitativos baseados em parâmetros clínicos. Wijnen e colaboradores criaram um modelo estatístico através de regressão logística capaz de prever a possibilidade de diagnóstico de síndrome de Lynch baseado nas seguintes variáveis: idade média do diagnóstico de CCR, presença ou não dos critérios de Amsterdam, número de familiares com CCR, número de familiares com câncer de endométrio, presença de pacientes portadores de outras neoplasias associadas à síndrome, e paciente com múltiplos tumores sincrônicos ou metacrônicos. Lipton e colaboradores desenvolveram modelo semelhante ao de Wijnen, revelando boa sensibilidade e especificidade no diagnóstico da doença³.

| | |
|--|--|
| <p>Critérios de Amsterdam (1990)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • pelo menos três parentes afetados • um paciente afetado deve ser parente de primeiro grau dos outros dois • acometimento de duas ou mais gerações sucessivas • pelo menos um caso de câncer colorretal diagnosticado antes dos 50 anos de idade • exclusão de polipose adenomatosa familiar • análise histológica dos tumores |
| <p>Critérios de Amsterdam modificados</p> | <ul style="list-style-type: none"> • três ou mais parentes com neoplasia associada à CCHNP (colorretal, endometrial, de intestino delgado, gástrico, pancreático, ureteral e de pelve renal) • um paciente afetado deve ser parente de primeiro grau dos outros dois • acometimento de duas ou mais gerações sucessivas • pelo menos um dos indivíduos afetados com diagnóstico antes dos 50 anos • exclusão de polipose adenomatosa familiar em todos os casos de câncer colorretal (CCR) • análise histológica dos tumores |
| <p>Critérios de Bethesda (1997)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • CCR em famílias que preenchem os critérios de Amsterdam |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dois tumores relacionados à CCHNP; incluindo CCR sincrônico ou metacrônico, ou associado com neoplasias extracolônicas (endométrio, ovário, gástrico, hepatobiliar, de intestino delgado ou carcinoma de células transicionais de ureter ou pelve renal); • CCR e um parente de primeiro grau com CCR e/ou neoplasias extra-colônicas associadas a CCHNP, e/ou adenoma colorretal, sendo pelo menos um dos cânceres diagnosticado antes dos 50 anos e o adenoma diagnosticado antes dos 40 anos; • CCR ou carcinoma endometrial diagnosticado antes dos 45 anos • câncer de cólon do lado direito que tem um padrão não diferenciado (sólido-cribiforme) ou características histopatológicas de células em anel de sinete diagnosticadas antes dos 45 anos • adenoma colorretal diagnosticado antes dos 40 anos |
| <p>Critérios de Bethesda modificados</p> | <ul style="list-style-type: none"> • CCR diagnosticado em idade inferior a 50 anos • tumores colorretais sincrônicos ou metacrônicos, ou outras neoplasias extracolônicas associadas a CCHNP diagnosticadas em qualquer idade • CCR com alta frequência de MSI (MSI-high) diagnosticado antes dos 60 anos |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • CCR em indivíduos com um ou mais parentes de primeiro grau acometidos por neoplasias associadas a CCHNP, sendo uma destas diagnosticada antes dos 50 anos • CCR em indivíduos com dois ou mais parentes de primeiro grau acometidos por neoplasias associadas a CCHNP independentemente da idade |
|--|---|

Tabela 1. Critérios de Amsterdam e Bethesda³

Embora não haja consenso na literatura a respeito do rastreio de pacientes portadores de síndrome de Lynch, algumas etapas podem ser seguidas para a identificação desses pacientes. Devem ser usados primeiramente os critérios clínicos, sendo os de Bethesda os mais amplamente utilizados³. Os indivíduos identificados seriam, então, submetidos à pesquisa de instabilidade de microssatélites e à análise imunohistoquímica do tecido tumoral, identificando-se as proteínas ausentes e, conseqüentemente, a perda de expressão do gene mutado. A testagem de genes MMR para a Síndrome de Lynch pode revelar variantes de significado incerto ou casos de penetrância incompleta ou variável, que requerem aconselhamento cuidadoso^{4,7}. Nas famílias cujo tecido tumoral não está disponível, a testagem da linhagem germinativa inicial pode ser considerada. O terceiro passo (padrão-ouro) seria a realização do sequenciamento genético¹.

TRATAMENTO

O tratamento da síndrome de Lynch permanece como um assunto controverso. Sabe-se, porém, que a vigilância intensiva com colonoscopia anual e a polipectomia podem minimizar a incidência de tumores colorretais. Apesar disso, mesmo com exames colonoscópicos anuais, existe ainda o risco de desenvolvimento de câncer no intervalo entre os exames, mas o aparecimento do tumor durante o programa de vigilância colonoscópica está relacionado a estádios mais favoráveis da doença, com maiores possibilidades terapêuticas.

O plano de tratamento baseia-se na divisão dos pacientes em três grupos: pacientes com diagnóstico de síndrome de Lynch confirmado que apresentam CCR; pacientes com síndrome de Lynch confirmada mas sem câncer e pacientes de risco para a síndrome mas que não têm condições de realizar o teste genético de predisposição.

Os pacientes com CCR com diagnóstico confirmado de CCHNP devem ser tratados através de colectomia total com anastomose ileorretal devido à alta incidência de CCR metacrônico (mais de 40% em 10 anos)⁵. Além disso, esses pacientes devem ser submetidos a endoscopia do coto retal remanescente devido ao alto risco de câncer. Nos casos ainda não operados, em que haja tumor retal sem a presença de tumor colônico pode ser realizada a proctocolectomia total com anastomose íleo-anal e confecção de bolsa ileal em J.

No grupo composto por pacientes sabidamente portadores do defeito genético herdado, mas sem câncer, há controvérsia quanto à realização ou não de colectomia total profilática com anastomose ileorretal. Uma vez que a penetrância do gene mutado é de cerca de 80%, alguns pacientes seriam submetidos à cirurgia sem necessidade. Há uma tendência em não realizar cirurgia profilática, sendo a conduta mais aceita o seguimento rigoroso com colonoscopia a cada 1 a 2 anos (com idade de início de 20 a 25 anos) e anualmente para aqueles acima de 40 anos, além de endoscopia digestiva alta e exames de imagem abdominal e pélvica. Dada a evidência aumentada para aceleração da sequência adenoma-carcinoma na Síndrome de Lynch, a colonoscopia anual deve ser fortemente considerada. Para as mulheres também é recomendada aspiração endometrial a vácuo anual com início por volta dos 30 anos, além de ultrassonografia transvaginal e determinação dos níveis de CA-125^{1,4}. No caso de paciente do sexo feminino pós-menopausadas ou sem desejo de engravidar novamente, a profilaxia através de histerectomia total abdominal com salpingooforectomia bilateral pode ser oferecida, mas ainda sem evidências científicas de sua

eficácia. Por fim, ultrassonografia e citologia urinária a cada 1 ou 2 anos é recomendada para triagem de alterações malignas do trato urinário.

O grupo de pacientes que não podem realizar o teste genético deve ser subdividido em pacientes com e sem câncer. Àqueles sem câncer que não sabem se são ou não portadores do defeito genético herdado, não devem ser indicadas cirurgias profiláticas, mas o seguimento rigoroso com exames periódicos, como se fossem portadores de síndrome de Lynch. Em contrapartida, aqueles com diagnóstico de câncer devem ser ter sua terapêutica individualizada de acordo com o sítio da lesão^{3,4}.

Em suma, fica claro que o diagnóstico da Síndrome de Lynch depende inicialmente da suspeita clínica por parte dos médicos. Tendo-se em vista o alto custo que envolve a realização da testagem genética⁶ (além da impossibilidade de sua execução em grande parte dos hospitais públicos brasileiros⁷, tanto por razões econômicas ou estruturais), a identificação das famílias portadoras de síndrome de Lynch e o conhecimento do perfil desses pacientes, baseados nos critérios clínicos, poderá fornecer dados importantes para a literatura nacional, na medida em que contribuirão para o aumento do diagnóstico no nosso meio e poderão servir como passo inicial para futuras pesquisas a nível molecular. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é traçar o perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal hereditário acompanhados na Clínica Cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo com base na revisão de prontuários dos pacientes com diagnóstico suspeito de Síndrome de Lynch acompanhados no serviço de Clínica Cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) de 2010 a 2011. Tais pacientes (casos índices) foram identificados por meio dos critérios clínicos de Bethesda modificados. A partir da identificação do caso índice foi feito o rastreamento dos familiares de primeiro grau através de endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ultrassonografia

transvaginal e mamografia.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade ao diagnóstico do câncer, sexo, localização tumoral, tipo histológico do tumor, sítio dos tumores dos familiares, presença de tumores sincrônicos ou metacrônicos, história familiar de câncer relacionada à síndrome e os achados do rastreamento dos familiares. Esses dados foram utilizados para traçar o perfil dos pacientes com diagnóstico suspeito de Síndrome de Lynch tratados no serviço de Clínica Cirúrgica A do HUGG.

RESULTADOS

Foram identificados 14 casos, com diagnóstico neoplásico, fortemente suspeitos para Síndrome de Lynch em acompanhamento pelo serviço de Cirurgia A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. E outros 02 casos com sintomas clínicos importantes e história familiar positiva. Totalizando assim 16 famílias e 71 pacientes que estão envolvidos e frequentam diretamente o ambulatório da Clínica Cirúrgica A. A média de idade ao diagnóstico de câncer foi de 40,45 anos (variou entre 23 e 51 anos) e a mediana foi de 41. Dentre esses pacientes, 10 eram do sexo feminino e 04 do sexo masculino. Vide Gráfico 1.

Quanto à localização tumoral, destes casos índice (14), foram encontrados 12 tumores colorretais, 2 de estômago, 1 de tireóide e 1 tumor de supra-renal. Dentre os casos de tumores colorretais, 7 deles eram localizados no cólon direito, 4 em cólon esquerdo e 1 no reto. Tiveram 2 casos de tumor metacrônico (tireóide e adrenal). Vide gráfico 2.

De todos os pacientes envolvidos; sejam pacientes tratados, acompanhados, diagnosticados pela Clínica Cirúrgica A; inclusive aqueles com recidiva ou metástase da doença; e até mesmo os informados pelos seus familiares; foram encontrados 41 tumores e suas localizações foram: 33 tumores colorretais, 4 gástricos, 2 uterinos, 1 ovariano e 1 metástase hepática. Vide gráfico 3.

Os tumores colorretais foram enquadrados nos seguintes tipos histológicos a partir do

estudo das peças obtidas cirurgicamente: 1 adenoma viloso com displasia de alto grau, 4 adenocarcinomas moderadamente diferenciados, 3 adenocarcinomas pouco diferenciados e 1 carcinoma mucinoso. Dos tumores localizados no estômago, só houve acesso ao tipo histológico de um deles, classificado com adenocarcinoma gástrico de padrão intestinal. O tumor de supra-renal foi caracterizado como hiperplasia adenomatosa. Não foi possível o acesso à classificação histológica do tumor de tireóide.

A partir dos casos índices e mais os suspeitos chegou-se a um total de 71 familiares nos quais o rastreamento seria possível. Desses familiares, 33 foram submetidos a rastreio através de colonoscopias, 28 endoscopias (EDA), 19 ultrassonografias transvaginais (USG-TV) e 11 mamografias. Os pacientes que não foram rastreados optaram por não participar do rastreio ou não puderam comparecer à consulta. Dentre os exames já disponíveis foram encontrados: 01 tumor de cólon transversal e 14 lesões polipóides (sendo 1 adenocarcinoma) à colonoscopia; 01 pólipo de endométrio e 01 cisto de ovário à ultra-sonografia trans-vaginal; 01 pólipo gástrico à endoscopia digestiva alta; e a mamografia não revelou alterações dignas de nota. Outros exames solicitados foram: 01 usg abdominal (que revelou a presença de 1 nódulo hepático), 01 usg cervical, 04 tomografias abdominais, 03 dosagem de CEA, e 01 cintilografia de corpo inteiro. Parte dos exames solicitados ainda não foi realizado, ou o paciente não retornou para nova consulta, ou o laudo ainda não foi liberado.

Dos procedimentos realizados pela CCA neste período, inclui-se: 01 implante de cateter para quimioterapia, 01 colostomia esquerda terminal definitiva vídeo assistida, 01 adrenalectomia direita videolaparoscópica, 01 segmentectomia hepática (V), 04 hemicolecotomias direita, 04 colectomias esquerda, e 01 histerectomia total abdominal com ressecção de volumoso cisto de ovário. Totalizado 13 procedimentos cirúrgicos realizados em 14 meses. Vide gráfico 4.

O heredograma das famílias segue em anexo.



DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes com forte suspeita de serem portadores de Síndrome de Lynch tratados no serviço de Cirurgia A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle parece guardar semelhanças com os registros disponíveis a respeito da doença, tendo-se em vista os parâmetros avaliados. A média de idade ao

diagnóstico do primeiro tumor (40,45 anos) observada em nossa amostra foi bem próxima daquela encontrada na literatura (cerca de 45 anos). Além disso, a localização das lesões, com predominância de tumores no cólon direito, está de acordo com os dados da literatura. No estudo realizado, das 12 amostras de câncer colorretal, 3 deles foram classificados como adenocarcinoma pouco diferenciados e apenas 1 como carcinoma mucinoso, porém o número reduzido de casos índice da amostra impede maiores inferências a respeito desse parâmetro.

A falta de organização dos prontuários e a dificuldade de acesso ao acervo do hospital impossibilitou a obtenção de todos os dados necessários para que se pudesse obter um perfil mais completo desse grupo de pacientes.

A detecção de pólipos em 14 colonoscopias torna ainda mais evidente a importância do rastreamento, uma vez que na Síndrome de Lynch há progressão mais rápida para lesões malignas, devido à aceleração da sequência adenoma-carcinoma. O rastreamento através de colonoscopia permite a ressecção endoscópica desses pólipos, diminuindo assim as chances de desenvolvimento de neoplasia maligna colorretal. Houve ainda dois casos de recidiva do tumor, após período de apenas um ano, detectada através de vigilância colonoscópica, mostrando a importância do acompanhamento com colonoscopia anual para os pacientes portadores de Síndrome de Lynch.

O perfil dos nossos pacientes demonstra o desconhecimento de grande parte dos profissionais médicos a respeito da Síndrome de Lynch já que boa parte dos pacientes apresentava critérios clínicos compatíveis com a síndrome (média de idade ao diagnóstico de 40,45 anos e história familiar de câncer presente em boa parte dos casos) e, mesmo assim, não foi feito rastreamento dos familiares. Um simples histórico familiar obtido através de uma anamnese de qualidade é uma importante ferramenta diagnóstica para a Síndrome de Lynch, à medida que a história familiar é o passo inicial na identificação dos indivíduos sob risco de desenvolver neoplasias associadas

à síndrome¹⁸. A suspeita clínica por parte do médico torna-se ainda mais relevante à medida que a testagem genética permanece como uma realidade distante na grande maioria dos hospitais públicos brasileiros. A suspeita clínica pode ser feita apenas com base no simples conhecimento da existência da doença, não sendo necessário nenhum aparato tecnológico. O conhecimento a respeito da doença pode salvar a vida de muitas pessoas, uma vez que o rastreamento dos familiares pode prevenir o desenvolvimento do câncer ou levar a seu diagnóstico em fases mais iniciais da doença.

Fica clara também a importância do esclarecimento dos pacientes sobre a doença, já que eles que acabam por atuar como elo de ligação entre possíveis novos casos na família e o atendimento hospitalar, possibilitando a detecção de tumores em estágios com maiores chances de sucesso no tratamento. Muitos familiares, provavelmente por desconhecer os riscos e a gravidade da doença, negaram-se a participar do rastreio, que envolve procedimentos mais simples e de menor custo do que o tratamento de tumores que, por ventura, sejam diagnosticados em estágios mais avançados da doença. O nível cultural pode contribuir para o baixo índice de aderência dos familiares em participar do programa de rastreamento, mesmo sendo explicados os benefícios. Apesar da nossa busca ativa, grande número de familiares recusa o rastreamento. O conhecimento desse perfil característico da nossa população deve ser usado para adoção de medidas que resultem em maior aderência dessa população ao rastreamento.

Em suma, os dados do presente estudo nos indicam que estamos diante de um problema de grandes dimensões, pois a maioria dos profissionais médicos não tem conhecimento a respeito dessa doença e, em decorrência disso, o diagnóstico geralmente é tardio e os familiares não são rastreados. Além disso, há clara dificuldade em convencer todos os familiares a participarem do programa de rastreamento. Dessa forma, o reconhecimento do perfil dos pacientes com diagnóstico suspeito de

Síndrome de Lynch em nosso meio contribuirá enormemente para adoção de medidas que revertam essa realidade. Dentre elas, a educação médica continuada, a formação de equipe multidisciplinar no manejo desses pacientes e a implementação de políticas públicas de rastreamento para populações sob alto risco.

REFERÊNCIAS:

1. Valadão M, Graziozi G, Carneiro M, Leal RA, Rosa AAPS, Almeida R, et al. A importância da suspeição clínica no diagnóstico e tratamento do câncer colorretal hereditário. *Rev Bras Coloproct* 2008;28(4):454-61.
2. Instituto Nacional de Câncer <http://www.inca.gov.br/>, acessado em 23 de maio de 2011 às 15:00h.
3. Valadão M, Castro LS. Câncer colo-retal hereditário. *Rev Col Bras Cir* 2007;34(3): 199-200.
4. Learn PA, Kahlenberg MS. Hereditary colorectal cancer syndromes and the role of the surgical oncologist. *Surg Oncol Clin N Am* 2008;18:121-44.
5. Lynch HT, de la Chapelle A. Genetic susceptibility to non-polyposis colorectal cancer. *J Med Genet.* 1999;36(11):801-18.
6. Lynch HT, Coronel SM, Okimoto R, Hampel H, Sweet K, Lynch JF, et al. A founder mutation of the MSH2 gene and hereditary nonpolyposis colorectal cancer in the United States. *JAMA* 2004;291:718-24.
7. Strate LL, Syngal S. Hereditary colorectal cancer syndromes. *Can Causes Contr* 2005;16: 201-213.
8. Burt R, Neklason DW. Genetic testing for inherited colon cancer. *Gastroenterology* 2005;128: 1696-716.
9. de la Chapelle A. Microsatellite instability phenotype of tumors: genotyping or immunohistochemistry? The jury is still out. *J Clin Oncol* 2002;4:897-99.
10. Aaltonen LA, Peltomäki P, Mecklin JP, Järvinen Heikki, Jass JR, Green JS, et al. Replication errors in benign and malignant tumors from hereditary nonpolyposis colorectal cancer patients. *Cancer Res* 1994;54:1645-8.
11. Brose MS, Smyrk TC, Weber B, Lynch HT. Genetic predisposition to cancer. In: Holland JF, Frei E III, Bast RC, Kufe DW, Pollock RE, Werchselbanm RR, editors. *Cancer medicine* 5th ed. Canada: BC Decker 2000.
12. Lindor NM, Petersen GM, Hadley DW, Kinney AY,

Miesfeldt S, Lu KH, et al. Recommendations for the care of individuals with an inherited predisposition to Lynch syndrome: a systematic review. JAMA 2006; 296:1507-17.

13. Cunningham JM, Christensen ER, Tester DJ, Kim CY, Roche PC, Burgart LJ, et al. Hypermethylation of the hMLH1 promoter in colon cancer with microsatellite instability. Cancer Res 1998; 58:3455-60.

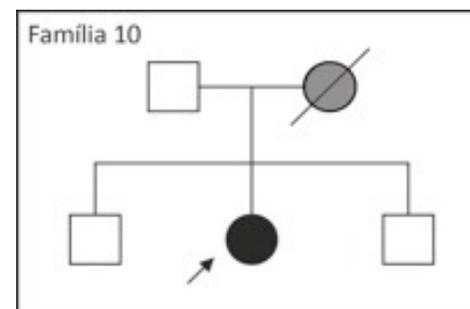
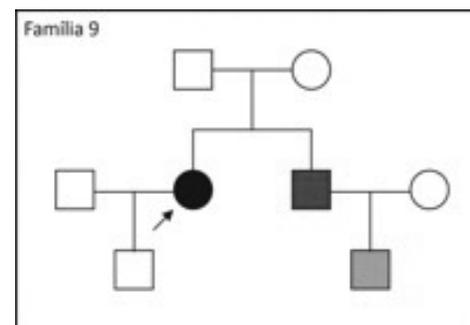
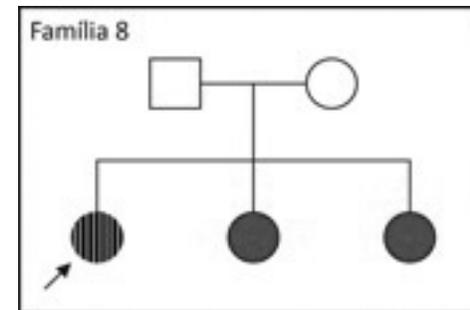
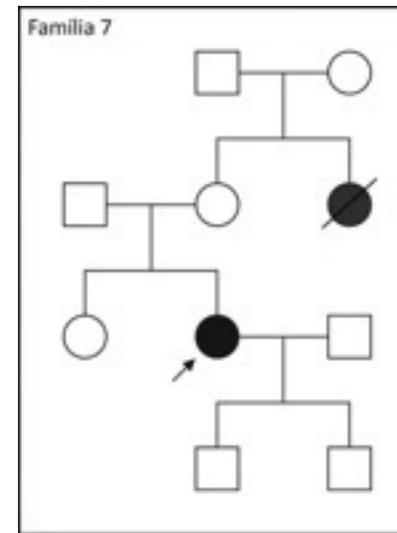
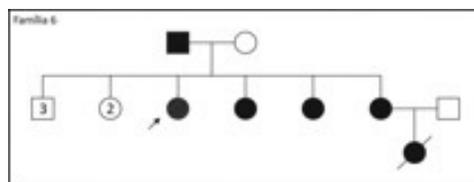
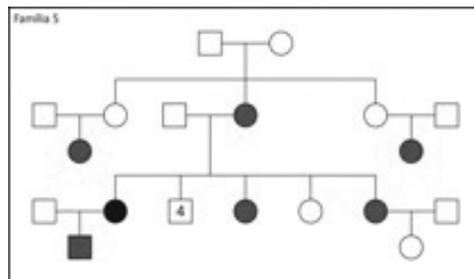
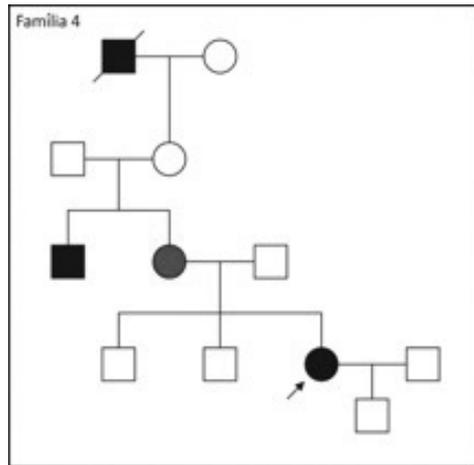
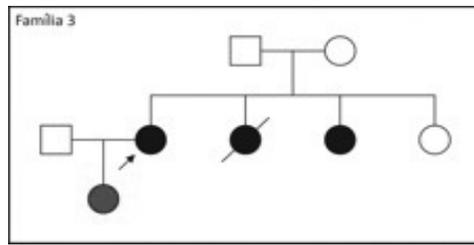
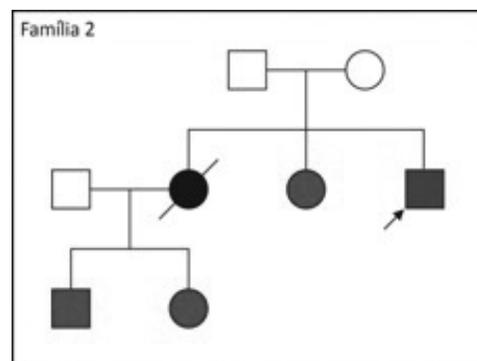
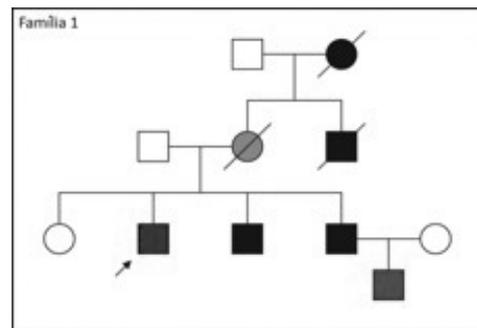
14. Hamilton SR, Liu B, Parsons RE, Papadopoulos N, Jen J, Powell SM, et al. The molecular basis of Turcot's syndrome. N Engl J Med 1995;322:839-47.

15. Guillem JG, Wood WC, Moley JF, Berchuck A, Karlan BY, Mutch DG, et al. ASCO/SSO review of current role of risk-reducing surgery in common hereditary cancer syndromes. Ann Surg Oncol 2006; 13(10):1296-1321.

16. Lynch PM. The hMSH2 and hMLH1 genes in hereditary nonpolyposis colorectal cancer. Surg Oncol Clin N Am 2009;18:611-24.

17. Syngal S, Fox EA, Eng C, et al. Sensitivity and specificity of clinical criteria for hereditary non-polyposis colorectal cancer associated mutations in MSH2 and MLH1. J Med Genet 2000;37:641-5.

ANEXO A



A legenda contida na tabela abaixo é válida para todos os heredogramas presentes neste anexo:

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| | Indivíduo do sexo masculino | |
| | Indivíduo do sexo feminino | |
| | | Número de filhos de cada sexo |
| | Indivíduo falecido | |
| | | Portadores de tumor colorretal |
| | | Caso índice |
| | | Portadora de tumor de útero |
| | | Indivíduos rastreados com resultados disponíveis |
| | | Portadora de tumor de mama |
| | | Portador de tumor de laringe |
| | | Portador de leucemia |
| | | Portador de tumor colorretal e gástrico |
| | | Portador de tumor colorretal e supra-renal |
| | | Portadora de tumor colorretal e de tireoide |
| | | Portadora de tumor gástrico e de tireoide |

TERCEIRO LUGAR NO 8º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2011

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Dra. Kênya sempre causou uma impressão muito positiva pela sua postura médica, seu interesse e seu conhecimento.

Desde o início da residência demonstrou condições de questionar e produzir conhecimento através de trabalhos que defendeu em congressos da especialidade. Recentemente nos encontramos e ela agora assume o lugar de preceptora de residentes, cargo que com certeza tem todos os pré-requisitos para exercer de forma brilhante e estimular a difusão deste interesse pela produção científica de qualidade.

DR. JULIANO CARLOS SBALCHIERO
CRM 52 65401-9

A MÉDICA PREMIADA

“Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo.
Residência Médica em Cirurgia Geral pela Faculdade de Medicina da USP- FMUSP.
Residência Médica em Cirurgia Plástica pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA.
Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
Preceptora da Residência Médica de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.
Coordenadora da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica de Sergipe - LACIP-SE.”

DRA. KÊNYA DE SOUZA BORGES

CRM 52 86648-2



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DAS MASTECTOMIAS POUPADORAS DE PELE ASSOCIADAS À RECONSTRUÇÃO IMEDIATA NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Instituto Nacional de Câncer – INCA

RESIDENTE: KênYA de Souza Borges

PRECEPTOR: Juliano Carlos Sbalchiero

INTRODUÇÃO

Talvez nada tenha sido tão constante no tratamento do câncer de mama como as mudanças. Nas últimas duas décadas puderam-se observar mudanças conceituais dramáticas em propedêutica e terapêutica de virtualmente todas as formas do câncer de mama. Estas mudanças se devem ao diagnóstico mais precoce e, fundamentalmente, ao melhor entendimento dos mecanismos biológicos da doença. O tratamento cirúrgico evoluiu da mastectomia radical a cirurgias conservadoras, com preservação de quase todo envelope cutâneo nas mastectomias ditas poupadoras de pele.

OBJETIVO

Descrever a amostra de pacientes submetidas à mastectomia poupadora de pele no Instituto Nacional de Câncer (INCA) de dezembro de 2001 a dezembro de 2008, bem como avaliar as complicações decorrentes do procedimento, a taxa de recorrência local e recorrência sistêmica do câncer de mama inicial.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado de maneira retrospectiva, através da análise de prontuários médicos. Foram analisados todos os registros que constavam no mapa cirúrgico do Instituto Nacional de Câncer como mastectomia simples de dezembro de

2001 a dezembro de 2008 (154 pacientes); destes, foram selecionadas todas as pacientes submetidas à mastectomia poupadora de pele (79 pacientes). Define-se como mastectomia poupadora de pele as cirurgias com remoção de todo parênquima mamário, complexo aréolo-papilar (CAP), incisões prévias de biópsia, com preservação do envelope cutâneo e sulco submamário. No Instituto, somente são elegíveis ao tratamento poupador de pele, aquelas pacientes com câncer de mama inicial (EC I e II). Foram excluídas do estudo as pacientes cuja pele não foi preservada na ressecção. Foram avaliadas características demográficas da amostra, bem como características tumorais, tratamentos adjuvantes, tipos de reconstrução, complicações e taxas de recorrência local e sistêmica.

RESULTADOS

No período estudado, foram selecionadas 79 pacientes e foram realizados 83 mastectomias (04 bilaterais). A média de idade foi de 46,9 anos, variando de 19 a 67 anos. Nesta amostra, 19 pacientes (24,0%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica e 02 (2,5%), diabetes mellitus. Quinze (18,9%) eram tabagistas e 02 (2,5%) eram obesas. O diagnóstico histopatológico mais freqüente foi o de carcinoma ductal infiltrante (CDI: 50 casos; 60,2%), seguido do carcinoma ductal in situ (CDIS: 22 casos; 26,5%), carcinoma lobular infiltrante (CLI: 08 casos; 9,6%) e carcinoma adenóide cístico e mucinoso (ambos

01 caso; 1,2%). A maioria das pacientes possuía estadiamento clínico 0 e I (69,8%), sendo somente 1,2% dos casos EC IIB (Tabela 1). Foram realizadas 74 biópsias de linfonodo sentinela, sendo encontrados 11 casos de positividade (02 no exame de congelação per-operatório, 8 micrometástases e 1 submicrometástase), com média de 2,32 linfonodos biopsiados por caso. Os receptores hormonais foram testados em 63 casos, sendo 50 receptores de estrogênio positivos e 39 de progesterona. Quarenta e uma pacientes foram selecionadas para hormonioterapia com tamoxifeno. Devido ao estadio inicial, nenhuma paciente foi submetida a tratamento neoadjuvante. Trinta e uma pacientes foram elegíveis para quimioterapia adjuvante e quatro realizaram radioterapia adjuvante. Todas as pacientes foram submetidas à reconstrução imediata com expansor tecidual (68 casos) ou prótese definitiva (15 casos), na dependência do tamanho da mama e da possibilidade ou não de radioterapia adjuvante. As complicações observadas foram: hematoma, seroma, deiscência de ferida operatória, necrose cutânea e infecção, sendo esta última a principal complicação observada (8,4%). O tratamento clínico falhou em todos os casos de infecção, sendo necessária a retirada do implante em todas as pacientes. Cinco pacientes evoluíram com contratura capsular Grau III ou IV de Baker. Foram encontrados 02 casos de recidiva local (2,4%) e 02 casos de recidiva à distância (2,4%) em 03 pacientes (3,7%). O período médio de acompanhamento foi 47 meses, variando de 22 a 97 meses. O caso de recidiva local isolada foi submetido a novo procedimento cirúrgico e quimioterapia, e se encontra em controle. No segundo caso, a recidiva local se associou à sistêmica (pulmonar e hepática), e a paciente foi a óbito 97 meses após a mastectomia. No caso de recidiva sistêmica não acompanhada de recidiva local, a paciente foi a óbito 66 meses após a primeira cirurgia.

DISCUSSÃO

A mastectomia poupadora de pele associada à reconstrução imediata vem sendo utilizada com frequência crescente no tratamento do câncer

de mama inicial devido aos melhores resultados estéticos, com preservação máxima do envelope cutâneo e do sulco inframamário. Do ponto de vista oncológico, parece ser segura, com taxas de recorrência local relatadas de 0 a 7%. No presente estudo, a taxa de recorrência local foi de 2,5% (2/79 pacientes). Este índice, tendendo ao limite inferior do relatado na literatura, deve-se ao fato de que somente pacientes de estádios I e II são elegíveis para este tipo de terapêutica no INCA. As características individuais e tumorais que predisõem a recorrência permanecem pouco compreendidas. Medina-Franco et al relata que a recorrência local foi diretamente atribuída à biologia tumoral, com pacientes com tumores pouco diferenciados ou estádios mais avançados apresentando risco maior para recorrência local. Em uma revisão de 223 pacientes com CDIS submetidas à mastectomia poupadora de pele e reconstrução imediata, Carlson et al observou uma taxa de recorrência de 3,3%, sendo o grau nuclear o único fator estatisticamente significativo associado à recorrência local. No presente estudo não foi possível identificar os fatores preditores de recidiva local ou mesmo sistêmica devido ao pequeno número de recidivas encontradas (três pacientes) no universo pesquisado (setenta e nove pacientes), impossibilitando, portanto, análise estatística adequada de grandezas tão diferentes. A taxa de complicação imediata foi de 19,2%, sendo a principal delas a infecção (07 casos; 8,4%). Observou-se que em nenhum dos nossos casos foi possível o salvamento do implante. É importante observar que a mastectomia poupadora de pele traz um maior risco de necrose cutânea, devido à maior extensão dos retalhos. A confecção dos mesmos deve ser cuidadosa e homogênea, para evitar grandes perdas, com necessidade de adição de tecido à distância para recompor a neomama. A taxa de necrose cutânea observada neste estudo foi de 3,6%, todos os casos tratados com desbridamento e ressutura, sem maiores prejuízos à reconstrução. Uma limitação deste estudo deve ser destacada: a análise de resultados de forma não randomizada e retrospectiva. A imensa maioria dos estudos encontrados na literatura tem o desenho semelhante; todos apresentando

nível de evidência II ou III. Há de se considerar a necessidade de novos estudos sobre o assunto, de forma prospectiva e randomizada, objetivando nível I de evidência.

CONCLUSÃO

O melhor entendimento da história natural e comportamento biológico do câncer de mama, associado a terapêuticas locais e sistêmicas mais eficazes, parecem encerrar a era na qual a segurança oncológica exclui bons resultados estéticos. Apesar da falta conspícua de estudos nível I de evidência, a cirurgia conservadora parece ser uma tendência em pacientes com estádios iniciais. A mastectomia poupadora de pele associada à reconstrução imediata pode ser considerada parte racional desta evolução, com baixas taxas de recorrência local e de complicações, e bons resultados estéticos.

REFERÊNCIAS

- 1- Medina-Franco H, Factors Associated With Local Recurrence After Skin-Sparing Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction for Invasive Breast Cancer. *Annals of Surgery* 2002; 235 (6): 814-19
- 2- Carlson GW, Local recurrence of ductal carcinoma in situ after skin sparing mastectomy. *J Am Coll Surg* 2007; 204:1074-80.

JORNAL DO

OUTUBRO DE 2012 • Nº 253
PUBLICAÇÃO OFICIAL DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CREMERJ



Outubro – Mês do Médico **ALEGRIA E LUTA**

Médicos conquistam compromissos do governo com o HGB

A emergência do Hospital Geral de Bonsucesso continuará aberta, mas só com 25 leitos. Após a notificação do CREMERJ em anúncio no jornal O Globo, o Ministério da Saúde se comprometeu a contratar, temporariamente, recursos humanos em até 30 dias; iniciar obras da emergência em 90 dias; promover o reparo das condições insalubres



9º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2012

PRIMEIRO LUGAR NO 9º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2012

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Dra. Bruna sempre foi empenhada em estudos e pesquisas, tendo finalizado o curso de Medicina na UFRJ com Diploma CUM LAUDE. Durante a sua formação, frequentou diversos serviços incluindo o Brigham and Women Hospital, a Lahey Clinic e o Children's Hospital da Harvard Medical School e o Hospital São João da Universidade do Porto Portugal. Atua no Serviço Público como Matriciadora de Dermatologia na formação de médicos residentes, em clínicas particulares e em consultas domiciliares. Foi premiada pelo Conselho Regional de Medicina pela pesquisa em cicatrização de feridas cutâneas. É reconhecida pelos seus pares e pacientes pela dedicação à investigação diagnóstica e pelo carinho e cuidado terapêutico.

DRA. TAÍSSA CANEDO DE MAGALHÃES

CRM 52 59425-1

A MÉDICA PREMIADA

ESPECIALIDADES:

Dermatologia clínica e cosmiatria

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

Graduação pela Faculdade de Medicina da UFRJ; Pós-graduação pelo Serviço de Dermatologia da UFRJ.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Há 5 anos atuando em serviços públicos e privados, com ênfase em cicatrização e rejuvenescimento.

DRA. BRUNA MELHORANSE GOUVEIA

CRM 52 92479-2



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

APLICAÇÃO DE ÁCIDO TRICLOROACÉTICO NO TRATAMENTO DE ÚLCERA CRÔNICA

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

RESIDENTE: Dra. Bruna Melhoranse Gouveia

PRECEPTOR: Dra. Taíssa Canedo de Magalhães

RESUMO: Introdução: O tratamento de úlcera crônica é multidisciplinar e depende da extensão, da duração, dos fatores que a desencadearam e também das comorbidades do paciente. Na literatura, a maioria dos estudos aborda tratamento da úlcera de etiologia venosa em pacientes sem comorbidades ou com as mesmas compensadas, o que, na prática, corresponde a um grupo restrito de pacientes. Há a necessidade de estudos sobre tratamento de úlceras multifatoriais em pacientes com múltiplas comorbidades. Método: Relato de caso de paciente com comorbidades descompensadas, portador de úlcera crônica multifatorial, submetido a 66 aplicações do ácido tricloroacético (ATA) na concentração de 90%. Resultados: Cicatrização completa da úlcera em 10 meses com melhora da dor crônica e melhora considerável da qualidade de vida do paciente. Conclusão: Esse relato de caso apresenta o ácido tricloroacético como opção terapêutica efetiva, de baixo custo e fácil aplicabilidade para pacientes com múltiplas comorbidades, portadores de úlceras crônicas multifatoriais.

DESCRIPTORIOS: CICATRIZAÇÃO - ÚLCERA DA PERNA/TRATAMENTO - ÁCIDO TRICLOROACÉTICO - CASO CLÍNICO

INTRODUÇÃO

A úlcera caracteriza-se por perda do tegumento que acomete a derme e pode atingir até hipoderme, músculo e osso¹. É classificada como crônica quando não cicatriza em um período de 6 semanas² e localiza-se com maior frequência nos membros inferiores. A etiologia das úlceras crônicas é multifatorial e dentre os possíveis fatores, destacamos: a insuficiência arterial e/ou venosa, neuropatia, linfedema, diabetes mellitus, traumas, osteomielite crônica, anemia falciforme, vasculites, tumores cutâneos (carcinoma basocelulares e espinocelulares), doenças infecciosas crônicas (leishmaniose, tuberculose, etc.). Apesar da ampla variedade de fatores etiológicos, a maioria tem como causa doença vascular, sendo que 60 a 70%

delas ocorrem por insuficiência venosa, caracterizando a chamada úlcera venosa e 10 a 25% por insuficiência arterial, a qual pode coexistir com doença venosa (úlcera mista)¹. A úlcera venosa possui prevalência de 1% na população adulta sendo que 0,3% dos casos apresentam a úlcera ativa (não cicatrizada)³. A prevalência da úlcera venosa aumenta com a idade, sendo superior a 4% em pessoas acima de 65 anos². O diagnóstico é clínico e pode ser auxiliado por exame de imagem como Eco Doppler arterial e venoso. O tratamento baseia-se na combinação de mudanças de estilo de vida (perda de peso, cessação de tabagismo e controle glicêmico) com medidas fundamentais como elevação do membro acometido e repouso¹. Além

dessas medidas comportamentais, diversos tratamentos tópicos são descritos na literatura como terapia compressiva (bota de Unna e curativos compressivos)⁴. Porém, é importante ressaltar que o tratamento de compressão, em forma de meias elásticas ou faixas - considerado como a primeira linha de tratamento para ulceração venosa - é contraindicado na presença de doença arterial clinicamente importante⁵.

Além dos tratamentos compressivos, há descrição literária de tratamentos locais. O desbridamento, frequentemente realizado, pode ser autolítico com curativos hidrogéis e hidrocoloides, químico com enzimas como papaína e colagenase ou mecânico. Porém, trata-se de uma técnica não seletiva que remove o tecido viável juntamente com os desvitalizados. Além disso, não há evidência de sua efetividade em estudos controlados e randomizados². Além disso, as opções de curativos com hidrogel e hidrocolóide apresentam alto custo⁶. Por conta disso, muitos outros tratamentos tópicos têm sido utilizados na prática clínica, entre eles, a aplicação do ácido tricloroacético. Em nossa prática clínica, observamos a cicatrização de úlceras crônicas multifatoriais com a aplicação tópica do ácido tricloroacético (ATA). Esse ácido vem sendo utilizado para tratamento de outras afecções dermatológicas como cicatrizes de acne⁷, verrugas de HPV, rejuvenescimento facial, tratamento de fotodanos e de lesões pré-malignas como ceratose actínica, não sendo ainda descrito na literatura o seu uso em úlceras crônicas.

O caso em questão demonstra a aplicabilidade do ATA no tratamento de úlceras crônicas e o resultado obtido, bem como vantagens desse método, entre as quais, destacamos: o baixo custo comparado aos curativos biológicos, à facilidade da aplicação e os poucos efeitos adversos (restritos basicamente à dor em queimação de caráter transitório). Além disso, observamos em nossa prática que a aplicação do ácido contribuiu para prevenir infecção e reduzir a dor crônica da úlcera.

CASO CLÍNICO

JFS, 62 anos, masculino, morador de Realengo, comerciante, cadeirante há cinco anos refere dor em úlcera no maléolo medial do membro inferior esquerdo de caráter crônico e progressivo desde o surgimento da úlcera em 2004. Relata que a mesma já havia cicatrizado em 2007 durante internação hospitalar por três meses. Após alta hospitalar, a úlcera ressurgiu maior e com bordas hipertróficas que aumentaram progressivamente. Tratamentos prévios: uso de sulfadiazina de prata nas trocas de curativo diárias realizada pelo próprio paciente desde 2007 com uso irregular de dipirona para controle da dor, sem melhora da úlcera. Apresentava como comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e psoríase em uso de metotrexate. De história patológica pregressa, refere fratura de fêmur esquerdo em 2007 aguardando troca de prótese com uso de cadeira de rodas desde então. Além disso, apresenta sequela motora de AVC ocorrido em 1994 com acometimento do dimídio esquerdo e força grau IV em perna esquerda. Na história social, refere ser ex-tilista e ex-tabagista. Ao exame, úlcera de 12cm em diâmetro transversal por 8,5cm no diâmetro longitudinal, abrangendo face anterior e medial de terço inferior do membro inferior esquerdo (Fig. 1). As bordas eram hipertróficas com aspecto queiloideano e o fundo da úlcera apresentava fibrina e exsudato amarelado.



Fig 1 - Aspecto da úlcera antes do tratamento: notar fundo com fibrina e bordas queiloideanas.



Fig 2 - Frosting da lesão: grau 3 - frosting uniforme após aplicação de TCA.

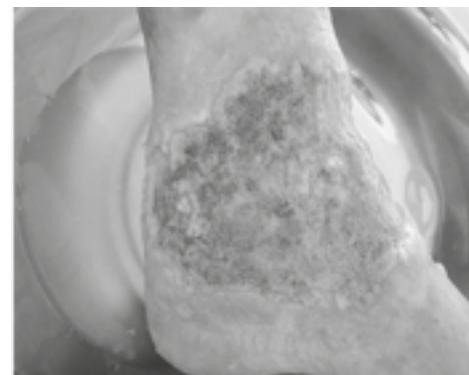


Fig 3 - Aspecto da úlcera após 20 dias de aplicações diárias de TCA: notar superficialização e tecido de granulação.

Durante internação, iniciamos o tratamento da dor com tramadol 100 mg EV à noite e dipirona 500g VO 8/8 h. O ácido tricloroacético foi utilizado na concentração de 90% como monoterapia tópica, sendo aplicado até o surgimento de frosting uniforme sobre a lesão (Fig. 2). A desnatuação proteica provocada pelo ATA é clinicamente evidenciada pela formação do frosting (branqueamento) e alteração do turgor cutâneo. Esses dois elementos servem como parâmetros clínicos na avaliação da profundidade do peeling de ATA. Quanto à intensidade do frosting: 1) Superficial ou epidérmico – eritema difuso com branqueamento leve; 2) Médio ou derme superficial – branqueamento moderado e uniforme e 3) Profundo – branqueamento intenso e uniforme é indicativo de penetração até a transição da derme papilar-reticular. Um

frosting amarelo-acinzentado indica penetração na derme reticular⁸.

Além do tratamento tópico, foram recomendadas ao paciente as medidas comportamentais de elevação de membros inferiores e o controle glicêmico. No primeiro mês de tratamento, foram realizadas aplicações diárias durante a internação hospitalar, totalizando 30 aplicações de ATA com melhora expressiva do tecido de granulação (Fig. 3). Após a alta, o paciente foi acompanhado semanalmente por mais nove meses, totalizando 36 aplicações ambulatoriais (Fig. 4). Além disso, foram realizadas quatro aplicações de triancinolona (20mg/ml) sendo utilizado 1 a 2ml nas bordas hipertróficas em cada aplicação trimestral.

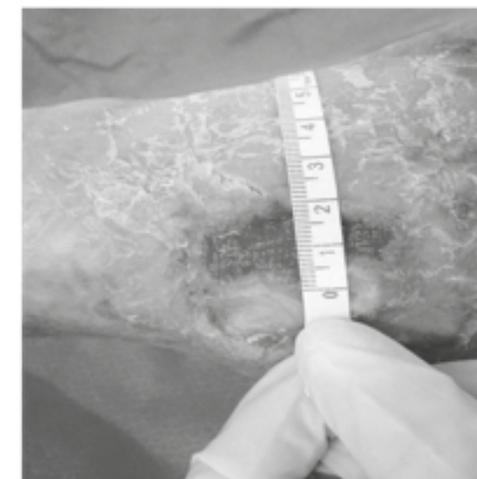


Fig 4 - Medição da úlcera no sétimo mês de tratamento: úlcera em acompanhamento semanal com a aplicação de TCA a 90% no leito da úlcera.

Em domicílio, o paciente realizava troca de curativo com lavagem com soro fisiológico 0,9% e gaze estéril, sem aplicação de cremes ou pomadas. Observamos nesse período melhora gradativa do sintoma de dor crônica, permitindo redução gradual do uso de analgésicos. Além disso, observamos a melhora dos sinais clínicos com aplainamento das bordas hipertróficas, redução da fibrina, surgimento de tecido de granulação com ilhotas de reepitelização que passaram a confluir com as bordas da úlcera, aproximando-as durante

esse processo, até a cicatrização (Fig. 5). Nesses 10 meses, não notamos sinais de infecção. As áreas reepitelizadas apresentavam as características da pele periulcer de insuficiência venosa: discrômicas, atróficas, xeróticas e descamativas sendo o paciente orientado a hidratá-la com fórmula AGE (Ácidos gordos Essenciais) e evitar traumas locais.

DISCUSSÃO

Nas úlceras venosas, os fibroblastos tornam-se menos responsivos ao fator de crescimento tecidual beta (TGF-beta) e ao fator de crescimento derivado de plaqueta (PDGF) devido à redução da expressão de receptores do tipo II TGF-beta nessas células levando a úlcera a uma fase estacionária na qual não se consegue mais progredir o processo de reparação⁹.

O ácido tricloroacético (ATA) foi descrito na literatura como indutor da produção de fatores de crescimento. O ATA promoveu o aumento da expressão de RNA sendo avaliado por PCR (protein chain reaction) do TGF beta e o aumento do fator de crescimento derivado de plaqueta (PDGF) avaliado por imunohisto- química¹⁰.

Além disso, são descritas outras ações do ATA na literatura como necrose da epiderme seguida da renovação epidérmica e da matriz da derme papilar; supressão da proliferação de queratinócitos e fibroblastos; inibição da síntese de proteína pelo fibroblasto e degradação das proteínas⁴. Todas essas ações fazem do ácido tricloroacético um agente ao mesmo tempo cáustico e cicatrizante. Especula-se, pelo bom resultado observado em nossa prática clínica, que a combinação dessas ações fazem do ATA uma opção terapêutica eficaz e de baixo custo para o tratamento de úlceras crônicas em pacientes com comorbidades clínicas. Esse tratamento possibilitará ao paciente a realização da troca de prótese femoral que estava contraindicada pela presença da úlcera, permitindo inclusive que o paciente possa deambular e tenha uma melhor qualidade de vida.

Fig 5 - Cicatrização completa da úlcera após 66 aplicações de TCA, sendo as 30 iniciais diariamente e as 36 subsequentes semanais e 4 aplicações de corticoide em borda queloidiana.

REFERÊNCIAS

- Abbade LF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(6):509-22.
- Azoubel R, Torre GV, Silva LS, Gomes FV, Reis LA.
- Borges EL, Caliri ML, Haas VJ. Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa. *Rev Latino-Am Enf.* 2007; 15(6):1163-70.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares -Parte II. *An Bras Dermatol.* 2003; 78(5):525-2.
- Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;
- Fabbrocini G, Caccapuoti C, Fardella N, Pastore G, Astore G, Monfrecola G. CROSS technique: chemical reconstruction of skin scars method. *Dermatol Ther.* 2008; 21:S29-33.
- Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, seventh edition, section 40 chapter 249.
- Frade MA, Cursi I, Andrade FF, Soares SC, Wendel SR, Santos SV, et al. Leg ulcer: an observational study in Juiz de Fora, MG (Brazil) and region. *An Bras Dermatol.* 2005; 80(1):41-6.
- Guimarães Barbosa JA, Nogueira Campos LM. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. *Enfer Global.* 2010; 20:1-13.
- Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHSA.
- Yonei N, Kanazawa N, Ohtani
- T, Furukawa F, Yamamoto Y. Induction of PDGF-B in TCA-treated epidermal keratinocytes. *Arch Dermatol Res.* 2007; 229(9):443-40.
- Zanini M. Gel de ácido tricloroacético - Uma nova técnica para um antigo ácido. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007; 35(1):14-7.

SEGUNDO LUGAR NO 9º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2012

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Dr. Guilherme Graziosi foi um residente sempre muito interessado e comprometido com as atividades. Procurava estar sempre a par dos planos cirúrgicos para cada caso e estudava técnicas e detalhes da anatomia procurando aproveitar cada procedimento ao máximo. Tenho certeza que o seu envolvimento com a produção científica e o estudo que ela envolve contribuiu em muito para sua formação e sucesso profissional.

DR. JULIANO CARLOS SBALCHIERO
CRM 52 65401-9

O MÉDICO PREMIADO

Graduado em medicina pela UFF, Universidade Federal Fluminense o Dr. Guilherme Graziosi tem acumulado desde então, diversas especializações em áreas de Cirurgia entre as quais as obtidas no Hospital da Força Aérea do Galeão, onde fez parte da equipe de Staffs do Serviço de Cirurgia Geral e Videolaparoscópica.

Especializou-se em Cirurgia Geral, com destaque para Cirurgia Hepática e Transplante Hepático, durante Residência Médica no Hospital Geral Bonsucesso. Após esse período permaneceu de staff da emergência como cirurgião geral, por 2 anos, no HGB.

Durante o período de 2 anos trabalhou como Cirurgião Geral concursado na Emergência do Hospital Estadual Azevedo Lima em NiteróiRJ Tem especialização em Cirurgia Plástica, tendo realizado Residência Médica no INCA, Instituto Nacional do Câncer, renomada instituição federal localizada no Rio de Janeiro.

Possui Especialização em Microcirurgia Reparadora com ênfase em Cirurgia Plástica tendo realizado Residência Médica no INCA, Instituto Nacional do Câncer. É membro especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). É membro internacional da American Society of Plastic Surgeons (ASPS) Realizou e participou em cursos de extensão em Cirurgia Plástica Estética e Reparadora, bem como importantes Congressos e Eventos da área tanto nacionais quanto internacionais. É Cirurgião Plástico especialista com extensa formação em Cirurgia Reparadora, Estética e Microcirurgia Reconstructiva sob registro 52839973; RQE 22045, e atende em três consultórios em Niterói.

DR. GUILHERME BRACCO GRAZIOSI

CRM 52 83997-3



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

RETALHO MIOCUTÂNEO INFERIOR DO MÚSCULO TRAPÉZIO NA RECONSTRUÇÃO APÓS CIRURGIAS ONCOLÓGICAS DE CABEÇA E PESCOÇO E TÓRAX: EXPERIÊNCIA DO INCA

Instituto Nacional do Câncer

RESIDENTE: Dr. Guilherme Bracco Graziosi

PRECEPTOR: Dr. Juliano Carlos Sbalchiero

DESCRITORES: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS RECONSTRUTIVOS – CIRURGIA RECONSTRUTIVA - CIRURGIA ONCOLÓGICA

INTRODUÇÃO

As grandes reconstruções após ressecções oncológicas em cabeça e pescoço têm como opção técnica preferencial a microcirurgia, principalmente pela versatilidade nas reconstruções tridimensionais. Na região torácica, devido à diversidade de retalhos pediculados disponíveis, os retalhos microvascularizados permanecem reservados aos casos de grandes defeitos compostos. Apesar das vantagens oferecidas pelos retalhos microcirúrgicos, em determinadas situações estes podem ter a sua indicação comprometida. Condição clínica proibitiva, prognóstico reservado, ressecções higiênicas e dificuldade de obtenção de vasos receptores são alguns dos motivos que justificam a utilização dos retalhos pediculados. Estas situações proporcionam menor tempo cirúrgico, simplificando a reconstrução, podendo ser realizados em centros de cirurgia plástica reparadora que não possuam a expertise microcirúrgica. Os retalhos do músculo peitoral maior em cirurgia de cabeça e pescoço e músculo grande dorsal em cirurgia torácica têm grande importância e ainda são empregados com alta frequência. Nestas áreas de atuação, o retalho miocutâneo inferior do músculo trapézio permanece pouco utilizado, entretanto é uma alternativa simples, com baixa morbidade, bons resultados e ínfima perda funcional, constituindo

opção nas reconstruções do tórax superior, terço distal da cabeça e o pescoço. Apresentamos a experiência de 19 casos consecutivos operados no Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do INCA (Rio de Janeiro – Brasil). Desde então tem sido utilizado de forma eventual em casos específicos. O autor apresenta a experiência de dezenove casos consecutivos operados no Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do INCA (Rio de Janeiro – Brasil), empregando o retalho miocutâneo pediculado do trapézio, durante os anos de 2000 a 2005, ressaltando as suas características, vantagens e limitações.

PACIENTES E MÉTODOS

Durante os anos de 2000 a 2005, foram realizadas dezenove reconstruções com a utilização dos retalhos miocutâneos pediculados do músculo trapézio no Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do INCA. Um total de doze pacientes do sexo feminino e sete do sexo masculino. Todos apresentavam, no momento da cirurgia, estadiamento avançado de sua doença sendo classificados como T4. A idade média dos pacientes foi de 66,1 anos, variando de 44 a 82 anos.

Todos os pacientes foram tratados com reconstruções imediatas após a ressecção de neoplasias malignas, sendo os tumores

encontrados: carcinoma basocelular (CBC) em 08 casos, carcinoma espinocelular (CEC) em 04 casos, 02 casos de fibrossarcoma e 01 caso os seguintes tipos histológicos: osteossarcoma, tumor da bainha do nervo periférico, metástase cerebelar de carcinoma de ovário, pilomatrix carcinoma e, sarcoma de partes moles.

As dimensões dos defeitos variaram de 18 x 16 x 6cm³ na maior peça a 7 x 5 x 3cm³ na menor. Todos os retalhos utilizados foram do tipo inferior.

Os pacientes foram acompanhados a partir da data da cirurgia e seguidos ambulatorialmente por um período médio de aproximadamente 15 meses, variando de 15 dias a 31 meses. Os dezenove casos encontram-se resumidos na tabela 1.

REVISÃO ANATÔMICA

O músculo trapézio está localizado na porção superior do dorso do tórax, além de recobrir a face posterior do pescoço. Trata-se de um músculo largo, plano e triangular que mede aproximadamente 34 x 18 cm². Tem origem na linha nugal superior e protuberância occipital externa, ligamento nugal e processos espinhosos das vértebras C7 a T12. O trapézio está dividido em três porções: superior, média e inferior que se inserem no terço lateral da clavícula; no acrômio e espinha da escápula; e na base da espinha escapular, respectivamente⁴.

O músculo trapézio é vascularizado pelos vasos cervicais superficiais, vasos occipitais, vasos escapulares dorsais e perfurantes dos vasos intercostais posteriores^{5,6,11,18,26}, por conta desse padrão de vascularização alguns autores²⁵ o classificariam como padrão V de Mathes e Nahai.. Sua inervação motora provém do nervo espinhal, enquanto ramos cervicais de C3 e C4, e ramos posteriores dos nervos intercostais são responsáveis pela inervação sensitiva. Além de possuir outras funções secundárias, o músculo trapézio participa da elevação, retração e rotação da escápula, além de elevar o ombro durante a abdução e flexão do braço. Sua denervação resulta na queda do ombro^{5,11}.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O retalho do trapézio, que pode ser muscular, músculo-cutâneo ou osteomiocutâneo, é classicamente classificado como tipo II por Mathes e Nahai⁵. Tem como pedículo principal os vasos cervicais transversos. Os pedículos secundários são os vasos occipitais, os vasos escapulares dorsais e as perfurantes intercostais posteriores.

O planejamento apenas com componente muscular utiliza as porções média e inferior do músculo baseado nos ramos cervical superficial e dorsal da escápula, que permite um arco de rotação com base na região ínfero-posterior do pescoço podendo alcançar a região occipital, cervical, torácica pósterio-superior e terço médio da face, na dependência da secção do músculo rombóide menor.

Três variantes de retalhos miocutâneos podem ser utilizados: o retalho lateral, o superior, e o retalho inferior miocutâneo do trapézio, sendo este último alvo do trabalho.

O retalho inferior do músculo trapézio é vascularizado pelo ramo descendente da artéria cervical transversa, modernamente denominada artéria cervical superficial, e, principalmente, pela artéria escapular dorsal; contém fibras das partes média e inferior do músculo. Sua porção cutânea pode ser planejada em península inferior ou em ilha, podendo atingir medidas de até 20 x 9 cm². A ilha de pele pode estender-se além do músculo, sob a forma de área cutânea randomizada^{5,6}.

Para a marcação da ilha cutânea toma-se como referências a linha média e a ponta da escápula, esta deverá ser programada de forma que pelo menos 1/3 de sua área fique situada acima da ponta da escápula. Com esta marcação, proporciona-se uma área de contato mínima entre a ilha de pele e o músculo, garantindo aporte vascular suficiente para a vascularização da pele. Planejada a ilha cutânea e incisadas as bordas, inicia-se a dissecação muscular. É realizada uma dissecação craniocaudal com transecção das inserções vertebrais e de sua borda lateral, tendo como limite cranial a espinha da escápula. Dessa forma é realizada a identificação da artéria dorsal da escápula, situada entre os romboides maior e

menor, elevando o retalho até seu ponto pivô, justaposto ao rombóide menor, que poderá ser seccionado para melhor rotação do retalho. A comunicação entre as áreas doadora e receptora pode ser efetuada através de tunelização da pele cranial ao retalho ou com incisão e descolamento. A opção aberta permite um ganho em relação ao tempo cirúrgico e proteção na dissecação do pedículo vascular com o ônus de cicatrizes adicionais. Visando a preservação da vascularização do retalho pela artéria cervical superficial e pela escapular dorsal, a dissecação do músculo não deve ultrapassar mais de 10 cm da espinha da escápula^{6,18,26}, ponto de emergência desta última. Este limite da secção muscular também é fundamental no intuito de preservar a função das fibras horizontais do músculo, responsáveis pela abdução do membro superior e elevação acima da linha do ombro. Desta maneira obtém-se um retalho seguro do ponto de vista circulatório com mínima morbidade funcional^{2,3,5}.

O retalho do músculo trapézio permite a utilização de tecido ósseo vascularizado, incluindo a espinha e parte do corpo da escápula, para reconstruções de defeitos complexos como nos casos de ressecções de mandíbula⁷.

RESULTADOS

Todas as reconstruções atingiram os objetivos do planejamento cirúrgico com a correção do déficit de partes moles e cobertura cutânea. O efeito estético obtido na área receptora foi satisfatório e considerado bom pelos pacientes e pela equipe médica.

Não ocorreu necrose nos retalhos ou infecções na área receptora. Um paciente apresentou retardo na integração do retalho, sendo necessária a revitalização da superfície de contato entre o leito receptor e o retalho em novo procedimento cirúrgico. Dois pacientes apresentaram pequenas deiscências sem necessidade de intervenção cirúrgica. Em todos os casos foi realizada síntese primária da área doadora. Ocorreu alargamento da cicatriz no dorso em quatro casos. Houve um caso de seroma no dorso e não ocorreram hematomas após a retirada dos drenos à vácuo, utilizados em

todos os casos nas regiões doadoras e receptoras. Dois pacientes apresentaram déficit funcional no membro superior ipsilateral, devido ressecção do nervo acessório em conjunto com o tumor, a fim de obter segurança nas margens cirúrgicas.

As figuras 1 a 6 demonstram casos com indicação para reconstrução com retalho inferior, a programação cirúrgica e os resultados imediato de pós-operatório.

Alguns pacientes são demonstrados em fotos pós-operatórias tardias nas figuras 7 a 10. A figura 10 mostra um caso com alargamento desta cicatriz, porém sem restrição motora.

DISCUSSÃO

Embora a superioridade dos retalhos microvascularizados em reconstruções de cabeça e pescoço já esteja bem documentada, os retalhos pediculados continuam sendo muito utilizados. O menor tempo cirúrgico, a simplicidade técnica e a possibilidade da execução pelo próprio cirurgião de cabeça e pescoço fazem do retalho miocutâneo de músculo peitoral maior o mais utilizado nesta especialidade.

A primeira descrição do retalho do músculo trapézio foi publicada por Conley em 1972 e se baseava nas perfurantes do músculo paraespinhal originadas dos vasos intercostais posteriores¹. McCraw et al em 1977 foi pioneiro em estabelecer um estudo sobre territórios cutâneos em retalhos⁴. O retalho lateral e o retalho inferior foram descritos originalmente por Demergassu e Piazza em 1979 e por Baek et al. em 1980, respectivamente^{2,3}. Estes foram muito utilizados em reconstruções de mandíbula como retalho composto, porém caiu em desuso devido ao elevado índice de complicações, pela necessidade de mudança de decúbito intra-operatório, e desenvolvimento de melhores técnicas. Com o advento de novos estudos anatômicos e novas séries clínicas²⁶, aspectos fundamentais passaram a permitir uma indicação mais segura e com menor morbidade. Um melhor conhecimento acerca da vascularização e a limitação de sua indicação a situações bem selecionadas permitiram garantir a sobrevivência do retalho diminuindo drasticamente os insucessos^{6,18,19,24,25,26}.

O domínio dos conceitos dos angiossomos corporais permitiu modificar o planejamento das ilhas cutâneas no sentido de aumentar o arco de rotação e garantir a viabilidade com uma pequena área de contato entre músculo e ilha de pele¹⁷. Trabalhos recentes demonstraram que a utilização do retalho de trapézio inferior estendido além da espinha escapular é factível, já que é baseado na vascularização obtida pela artéria dorsal escapular e os “choke vessels” presentes entre os ramos desta e dos vasos intercostais, possibilitando retalhos musculocutâneos com tamanhos de até 7X38 cm, sem comprometimento do plexo dérmico e pele sobrejacente, e na grande maioria dos casos, mantendo a funcionalidade com abdução preservada^{13,14,15,16}, porém séries maiores com resultados estatisticamente significativos ainda são necessários para a indicação desse tipo de procedimento.

O retalho miocutâneo inferior do trapézio apresenta os seguintes aspectos positivos: reconstrução com tecido a distância da ressecção; pedículo vascular longo propiciando excelente arco de rotação sem produzir abaulamentos na região cervical; contém pouco tecido subcutâneo em sua ilha de pele, que apresenta quantidade reduzida de pêlos; permite a síntese primária da área doadora^{1,2,10,13-16}.

Apresenta as seguintes desvantagens: possibilidade de lesão do nervo espinhal e danos à movimentação do membro superior, e a cicatriz inestética resultante na área doadora.

O retalho inferior do trapézio foi utilizado em situações específicas quando outros retalhos do tórax não ofereceriam uma reconstrução de melhor qualidade, ou seja, para reconstruções no ombro¹⁶, região cervical^{9,10,13-15}, e regiões paraespinhal superior e paraescapulares. Outro motivo para a indicação destes retalhos foi a não previsão pré-operatória do porte da ressecção para que houvesse preparo para reconstrução microcirúrgica, visto que essa última é a primeira opção do serviço para grandes reparações em cabeça e pescoço.

CONCLUSÃO

Os retalhos miocutâneos são uma opção segura e versátil para a reparação de defeitos após ressecções oncológicas de tumores torácicos e em cabeça e pescoço. A despeito do aprimoramento contínuo das técnicas microcirúrgicas, os retalhos miocutâneos pediculados ainda encontram indicações nas reconstruções após ressecções oncológicas alargadas.

O retalho inferior do músculo trapézio é uma alternativa segura e aplicável para as reconstruções de partes moles das regiões cervical lateral e posterior, região lateral da cabeça, ombro, e para as regiões paraespinhal superior e paraescapulares, principalmente em serviços que não dispõem da possibilidade de reconstruções microcirúrgicas.

REFERÊNCIAS

1. Conley J. Use of composite flaps containing bone for major repairs in head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1972;49:522-6
2. Demergassu F & Piazza MV. Trapezium Myocutaneous Flap in Reconstructive Surgery for Head and Neck Cancer: an Original Technique. *Am J Surg* 1979;138:533-6
3. Baek SM; Billen HF; Kerspi YP & Lawson W. The Lower Trapezium Island Myocutaneous Flap. *Ann Plast Surg* 1980;5:108-14
4. McCraw, J.B., Dibbell. D.G., Carraway, J.H. “Clinical definition of independent myocutaneous vascular territories.” *Plast. Reconstr. Surg.* 30:341, 1977.
5. Mathes SJ, Nahai F. Trapezium Flap. In: Mathes SJ & Nahai F, editors. *Reconstructive Surgery: Principles, anatomy and technique.* 1st edition. New York: Churchill Livingstone Inc; 1997. p.651-77
6. Tan KC; Tan BK. Extended Lower Trapezium Island Myocutaneous Flap: a Fasciomyocutaneous Flap based on the Dorsal Escapular Artery. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(5):1758-63
7. Panje WR. Mandible Reconstruction With the Trapezium Osteomyocutaneous Flap. *Arch Otolaryngol* 1985; 111:223-229
8. Nishio S; Cordeiro AC; Brandão CG; de Brito e Silva Filho G; Dos Santos LR; Cernea CR; Tavares MR; de Araujo Filho VJ; Besteiro JM; Ferraz AR. Posterior Trapezium myocutaneous flap. *Rev Paul Med* 1993;111(2):367-74
9. Sibenchicot F; Banthelemy I; Phan E; Michelet V; Pinsoll J. Lateral Trapezium Flap in Cervico-facial Surgery. Apropos of 89 cases. *Ann Chir Plast Esthet* 1995;40(2):130-5

10. Aviv JE; Urken ML; Lawson W; Billen HF. The Superior Trapezium Myocutaneous Flap in Head and Neck Reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;118(7):702-6

11. Yang D; Morris SF. Trapezium Muscle: Anatomic Basis for Flap Design. *Ann Plast Surg* 1998 41:52-7

12. Horch RE; Stark GB. The contralateral bilobed trapezium myocutaneous flap for closure of large defects of the dorsal neck permitting primary donor site closure. *Head Neck* 2000;22(5):513-9

13. Chen WL, Li J, Yang Z, Huang Z, Wang J, Zhang B. Extended vertical lower trapezium island myocutaneous flap in reconstruction of oral and maxillofacial defects after salvage surgery for recurrent oral carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Feb;65(2):205-11.

14. Chen WL, Zhang B, Wang JG, Yang ZH, Huang ZQ, Zhang DM. Reconstruction of large defects of the neck using an extended vertical lower trapezium island myocutaneous flap following salvage surgery for neck recurrence of oral carcinoma. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011 Mar;64(3):319-22. Epub 2010 Jun 11.

15. Uurlu K, Ozcelik D, Hühüt I, Yildiz K, Kilingç L, Ba L. Extended vertical trapezium myocutaneous flap in head and neck reconstruction as a salvage procedure. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Aug;114(2):339-50.

16. Rasheed MZ, Tan BK, Tan KC. The extended lower trapezium flap for the reconstruction of shoulder tip defects. *Ann Plast Surg* 2009;63: 184–187

17. Taylor, G. I., and Palmer, J. H. The vascular territories (angiosomes) of the body: Experimental study and clinical applications. *Br. J. Plast. Surg.* 40: 113, 1987.

18. Netterville, J L. Wood, D E. The lower trapezium flap. Vascular anatomy and surgical technique. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 117(1):73-6, 1991 Jan.

19. Haas F, Pierer G, Weiglein A, Moshhammer H, Schwarzl F, Scharnagl E. The lower trapezium muscle island flap. Anatomic principles and clinical relevance. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 31(1):15-20, 1999 Jan.

20. Rosen, H. M. The extended trapezium musculocutaneous flap for cranio-orbital facial reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 75: 318, 1985.

21. Chandrasekar, B., Terz, J. J., Kokal, W. A., Beatty, J. D., and Gottlieb, M. E. The inferior trapezium musculocutaneous flap in head and neck reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 21: 201, 1988.

22. Linss, W., Fuhrmann, P., Knappe, K., and Schumann, D. Anatomical investigations on the arteria transversa colli as stem vessel of pedicled musculocutaneous flaps in plastic surgery. *Anat. Anz.* 170: 227, 1990

23. Lynch, J. R., Hansen, J. E., Chaffoo, R., and Seyfer, A. E. The lower trapezium musculocutaneous flap revisited: Versatile

coverage for complicated wounds to the posterior cervical and occipital regions based on the deep branch of the transverse cervical artery. *Plast. Reconstr. Surg.* 109: 444, 2002.

24. Weiglein, A., Haas, F., and Pierer, G. Anatomic basis of the lower trapezium musculocutaneous flap. *Surg. Radiol. Anat.* 18: 257, 1996.

25. Haas, F., Pierer, G., Weiglein, A., Moshhammer, H., Schwarzl, F., and Scharnagl, E. Der untere M. trapezius-Insellappen: Anatomische Grundlage und klinische Relevanz. *Handchir. Mikrochir. Plast. Chir.* 31: 15, 1999.

26. Haas F, Weiglein A, Schwarzl F, Scharnagl E. The lower trapezium musculocutaneous flap from pedicled to free flap: anatomical basis and clinical applications based on the dorsal scapular artery. *Plast Reconstr Surg.* 2004 May;113(6):1580-90.

Tabela 1 – Resumo dos casos

| Pacientes | Idade (anos) | Diagnóstico | Tamanho da peça (cm) | Topografia (Regiões) |
|-----------|--------------|---|----------------------|--------------------------------|
| 1 | 64 | Fibrossarcoma | 13x8x5 | Paraespinhal superior |
| 2 | 53 | Osteossarcoma | 18x16x6 | Ombro |
| 3 | 64 | Tumor da bainha de nervo periférico | 11x9x5 | Cervical posterior |
| 4 | 54 | CBC | 15x11,5x5 | Torácica superior |
| 5 | 78 | CEC | 9,5x8,5x3 | Cervical lateral |
| 6 | 63 | CBC | 10x9,8x3 | Auricular e Mastóidea |
| 7 | 78 | CBC | 6x5x4,5 | Auricular |
| 8 | 72 | CBC | 7x5x3 | Auricular e parotídea |
| 9 | 71 | CEC | 9x8x3 | Cervical lateral e auricular |
| 10 | 58 | Metástase cerebelar de câncer de ovário | 13x6x3 | Occipital e Cervical posterior |
| 11 | 44 | Pilomatrix carcinoma | 18x13x3 | Occipital e Cervical posterior |
| 12 | 65 | CEC | 8x7x4 | Parotídea |
| 13 | 57 | CEC | 10x7x4 | Parotídea e cervical |
| 14 | 69 | Sarcoma de partes moles | 12x11x3 | Torácica superior |
| 15 | 77 | CBC | 8x6x3 | Auricular |
| 16 | 82 | CBC | 10x10x5 | Cervical posterior |
| 17 | 79 | CBC | 12x10x3,5 | Occipital |
| 18 | 55 | Fibrossarcoma | 14x7x4 | Paraespinhal |
| 19 | 73 | CBC | 19x7x6 | Ombro |



Fig 1: Defeito e reconstrução pós ressecção de CBC retroauricular.



Fig 2: Defeito e reconstrução com retalho inferior do trapézio para reconstrução de região occipital. Notar a relação da ilha cutânea com a projeção das fibras do músculo trapézio.



Fig 3: Reconstrução pós ressecção detumor de bainha de nervo periférico em região occipital



Fig 4: Grande ressecção em região auricular e mastoidea por CBC e detalhes da reconstrução



Fig 5: Reparação de defeito occipital pós ressecção de carcinoma pilomatrix

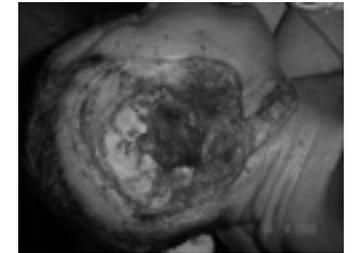


Fig 6: Ressecção de CEC em região parotídea e cervical





Fig 7: Pós operatório tardio 6 meses reconstrução defeitos região torácia



Fig 10: Pós operatório de 12 meses. Verifica-se o alargamento da cicatriz da área doadora e nota-se ausência de disfunção motora.

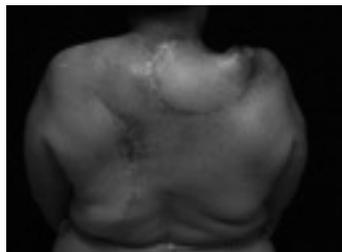


Fig 8: Pós operatório 3 meses de reconstrução em ombro direito (notar a recidiva em porção lateral – caso avançado)



Fig 9: Pos operatório de 9 meses com retalho inferior miocutâneo trapézio



Em 2008, após a ampliação da residência de psiquiatria para três anos, novas áreas de atuação para nossa especialidade se concretizaram, tais como a atuação nas equipes de matriciamento junto a atenção primária e no cuidado aos pacientes com transtornos mentais nos hospitais gerais, seja em leitos psiquiátricos ou na interconsulta. Isso significou um passo a mais no caminho de romper o isolamento do cuidado em saúde mental, ampliando o modelo de entendimento dos processos de saúde e doença em direção a modelos biopsicossociais e fortalecendo a construção dos sistemas integrados de saúde como preconizados hoje em todo o mundo. Nosso Sistema Único de Saúde (SUS) se pauta nestas propostas, mesmo com todos os desafios que enfrenta.

Mas as primeiras turmas de residentes que iniciaram os estágios nestas novas áreas tiveram os problemas de todos os que são inovadores: experiências desconhecidas, desafios, insegurança perante aquilo que não se conhece. Nesse momento, ousar observar o que se faz, refletir, estudar, avaliar as experiências pelas quais estamos passando é fundamental. Parar, analisar e discutir é a função da pesquisa e da avaliação, tantas vezes ausentes na prática diária de nossos residentes, sempre assoberbados com tantas tarefas e pessoas para cuidar.

Ângelo teve essa coragem e me surpreendeu com a proposta deste trabalho, que teve seu valor bem reconhecido. Sempre é muito bom ver o desenvolvimento de um profissional durante a residência: seu amadurecimento, o fortalecimento da consciência profissional, a sedimentação do processo de aprender em serviço. Melhor ainda é poder ajudar que sejam ousados, que estudem, reflitam e analisem, critica e construtivamente, sobre sua prática... e que, feito isso, escrevam, transmitindo tudo que descobriram neste processo.

DRA. SANDRA LUCIA CORREIA LIMA FORTES
CRM 52 39633-2

O MÉDICO PREMIADO

Nasci em Ubá, Minas Gerais, mudei para o Rio aos 18 anos para cursar medicina na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) em 2002.

Durante a faculdade atuei por 2 anos como monitor de Semiologia Médica. Acompanhei serviços de neurocirurgia, especialidade que pretendia cursar e que depois troquei para a Psiquiatria. Fiz também cursos e estágios em emergências e terapia intensiva pois sempre acreditei que a ampla formação clínica auxilia na atuação do médico em todas as especialidades.

Após a faculdade cursei a Residência Médica no Instituto Philippe Pinel.

Durante o período da residência também trabalhei como intensivista em diversos hospitais particulares do Rio de Janeiro onde ajudei a criar nesses hospitais o serviço de Psiquiatria no hospital geral.

Após a residência médica segui com atuação em consultório particular como psiquiatra clínico, atividade que mantenho até hoje. Paralelo a isso desenvolvi um teste de personalidade dimensional no estilo do Big Five e um sistema para ajudar na gestão de pessoas dentro das empresas observando o quanto o conhecimento médico sistematizado poderia agregar valor na realidade das corporações.

Atualmente além da atuação como Psiquiatra clínico trabalho como gestor de empresas de saúde e consultor de empresas de diversos segmentos na área de Gestão de Pessoas.

DR. ÂNGELO REAL PEREIRA JUNIOR

CRM 52 85199-0



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

PROPOSTA DE UMA ESCALA DE VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS COM ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS CONDUTAS

Instituto Municipal Philippe Pinel

RESIDENTE: Dr. Ângelo Real Pereira Junior

PRECEPTOR: Dr. Sandra Lúcia Correa Lima Fortes

RESUMO: Introdução: O diagnóstico psiquiátrico é puramente clínico e não apresenta formas de confirmação por meios complementares. Escalas são usadas para gerar uma uniformização dos achados. No presente trabalho elaboramos uma escala para validar o diagnóstico de forma estatística atribuindo um grau de validade probabilístico com os resultados servindo para a tomada de decisões. Material e Método: Foi realizado um estudo prospectivo com 40 pacientes, sendo 22 do sexo feminino e 18 do sexo masculino com idade variando de 18 a 57 anos, que foram analisados no período de Junho de 2.010 a Outubro de 2.011, em consultas médicas sucessivas onde a Escala de Validação Diagnóstica (anexo 1) foi aplicada para ajudar na confirmação diagnóstica. Foram incluídos no estudo apenas pacientes com diagnóstico duvidoso ou sem diagnóstico prévio. Os tópicos da escala basearam-se na avaliação geral dos critérios mais enfatizados no DSM-IV-tr (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed. texto revisado) e no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), e consideraram as características clínicas dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes. Resultados: Dos 40 pacientes analisados, 8 (20%) não tinham diagnóstico firmado e 32 (80%) tinham recebido mais de um diagnóstico nos últimos 2 anos. Dos 8 pacientes sem diagnóstico prévio a escala foi aplicada para a principal hipótese, destes 7 receberam pontuação superior a 85 pontos (diagnóstico altamente provável), o qual se manteve ao longo dos meses subsequentes com boa evolução. Um paciente teve pontuação inferior a 70 na escala (diagnóstico sugestivo) sendo necessário levantar outra hipótese diagnóstica a qual uma vez testada na escala obteve pontuação maior que 80 e mostrou-se mais adequada ao caso ao longo dos meses. Isso demonstra 100% de eficiência no grupo dos pacientes sem diagnóstico prévio (20% dos pacientes do estudo). Nos 32 pacientes com diagnósticos questionáveis a escala foi testada para as duas principais hipóteses. Em 30 pacientes uma das hipóteses apresentou pontuação superior a 80 a qual foi a mais adequada para a condução subsequente ao longo dos meses. Um paciente apresentou pontuações com valores muito próximos entre as duas hipóteses mantendo seu diagnóstico inconclusivo. Um paciente apresentou 75 e 60 pontos nos diagnósticos avaliados, mas esses não se mostraram adequados ao longo dos meses. Para o grupo de pacientes com diagnóstico duvidoso a escala mostrou-se eficiente em 93,75 % dos casos. Considerando a totalidade dos casos temos 95 % de eficiência no uso da escala. Conclusão: Como o diagnóstico na psiquiatria ainda é puramente clínico, a elaboração de uma escala para validação contribui para conferir maior segurança na tomada de decisões e ajuda num entendimento mais probabilístico a cerca da hipótese diagnóstica. Aspectos legais e avaliações relacionadas à concessão de benefícios também podem se valer de instrumentos que realcem o diagnóstico tido algumas vezes como impreciso pela falta de exames complementares.

DESCRIPTORIOS: PSIQUIATRIA – DIAGNÓSTICO - VALIDAÇÃO

INTRODUÇÃO

O Diagnóstico Médico geral

A medicina sempre foi considerada uma atividade profissional que engloba ciência e arte, fundamentadas respectivamente em conhecimento técnico diferenciado e em profundo respeito pelo ser humano como pessoa. [1] Ambas as características são importantes, mas enquanto a arte, apesar de poder ser aprendida, apresenta um maior peso dos traços individuais de quem a executa com tons subjetivos variados, a ciência, por outro lado, é reproduzível com mais facilidade e, portanto tende a apresentar numa escala global resultados melhores quando mais bem embasada. [2-4]

A atividade na qual a medicina se insere desde os primórdios da civilização consiste basicamente em identificar o desvio do estado da saúde, sua intensidade e reversibilidade, bem como elaborar planos de tratamento para tal anormalidade. Dessa forma historicamente foi construído o método clínico, com etapas para a solução dos problemas de saúde. E a primeira etapa desse método consiste basicamente em identificar o desvio do estado da saúde da pessoa avaliada. Esse processo de identificação é conhecido como diagnóstico. [1-4] Diagnóstico (do grego Diagnostikós – capaz de distinguir, de discernir) tem origem com Hipócrates que através da análise cuidadosa, do raciocínio dedutivo e do empirismo organiza as bases da medicina científica. Assim um modelo é criado para tornar mais confiável e reproduzível as informações e com isso a medicina torna-se mais racional e desapega-se dos cunhos místicos que vigoravam nas principais culturas. É interessante notar que até o século IV a.C. a maior produção de conhecimento médico concentrava-se nos trabalhos dos egípcios, chineses e hindus.

Porém foi exatamente o rompimento dos gregos com o misticismo e a estruturação do método científico que permitiu uma confiabilidade milenar que perdurou como modelo de trabalho. [4,5]

Lançando os fundamentos da medicina moderna, os gregos criaram como base inicial

de avaliação a comparação entre o saudável e o enfermo. Teorias foram elaboradas para justificar os sinais observados. Técnicas de exame físico começaram a ser padronizadas para pesquisar detalhadamente as alterações. Com o tempo o conhecimento acumulado sobre a evolução das doenças permite o desenvolvimento da anamnese (do grego: trazer a memória) estruturada. [1]

Por mais de 2.000 anos esse modelo básico foi mantido. Maior conhecimento era construído, mas apesar do refinamento das técnicas de avaliação semiológica o resultado ainda dependia totalmente da análise observacional.

Contudo, avanços científicos em diversas áreas no séculos XVII e XVIII, com destaque para Principia Mathematica de Isaac Newton de 1687, mudaram a forma de enxergar o mundo e foram aproveitados pela atividade médica. [6] O estudo da ótica e os trabalhos sobre as lentes permitiram o desenvolvimento do microscópio e a descoberta da microbiologia por Antony Van Leeuwenhoek em 1674. [6] A evolução dos estudos nessa área culminou nos trabalhos de Louis Pasteur do século XIX, que geraram um salto qualitativo na atividade médica sem precedentes. [5,6] Medidas sanitárias foram desenvolvidas com a compreensão da dinâmica das epidemias embasadas sob o contexto matemático e geográfico. [7] E um novo entendimento dos mecanismos das doenças acabou por possibilitar uma mudança de paradigma marcante no método de diagnóstico médico abrindo uma nova fronteira na investigação clínica: os exames laboratoriais como ferramentas complementares ao diagnóstico. Concomitante a isso, avanços na química e a sistematização dos estudos de anatomia ajudam a tornar a patologia um método confiável para a definição diagnóstica. [4-6] Paralelo a esses acontecimentos o advento da radiografia (descoberta por Wilhelm Conrad Rontgen no final do século XIX e aplicada com uso médico no início do século XX) transforma completamente o modo de fazer diagnóstico. [6] Os exames de imagem marcam a materialização do diagnóstico. Algo palpável surge para além

da avaliação clínica, que muitas vezes fica fora da compreensão do sujeito comum. O “diagnóstico visível” rapidamente torna-se popular.

Tem início uma nova forma de diagnosticar em que dúvidas passam a ser cada vez mais inaceitáveis. Uma nova rotina começa a ser estabelecida complementando a avaliação do profissional médico com os exames laboratoriais, de imagem e análise histopatológica. O desenho de qual seria o principal para se determinar uma dada hipótese leva a elaboração do “padrão-ouro”, que passa a ser a palavra final na conclusão do diagnóstico. [2,4]

O século XX, com a explosão dos meios de comunicação, incrementa um volume gigantesco de informação ao conhecimento médico. Nisso os métodos de exames complementares tornam-se mais sofisticados e enraizam-se por completo no modelo clínico de diagnóstico. A avaliação médica continua sendo totalmente imprescindível, mas muda sua forma de ação, deixando de ser a verdade absoluta dos séculos anteriores para ser mais próxima da atividade de um maestro que organiza e direciona a pesquisa diagnóstica escolhendo com sabedoria que ferramenta complementar a ser usada. [2,4]

É curioso notar que a definição de algumas doenças passou a se confundir com os resultados dos exames complementares, caso da Diabetes Mellitus e os níveis glicêmicos padronizados, os marcadores reumatológicos e a hemorragia subaracnóidea vista nos exames de imagem. Inicia-se a era da padronização na medicina. Entidades médicas baseadas em pesquisas passam a definir quais critérios que são necessários serem satisfeitos para se confirmar determinada hipótese. Consensos e protocolos tomam conta das publicações médicas. As ações públicas de saúde e decisões judiciais passam a se embasar nessas descrições padronizadas. O diagnóstico, e também o tratamento, vão tomando uma forma mais previsível, mecânica e replicável. [2,4]

A arte passa a ser cada vez mais individualizada. A ciência vira obrigação acadêmica, moral e jurídica.

Desafios Históricos na Psiquiatria

Apesar de Galeno, influenciado pela cultura grega, no início da era cristã já associar os transtornos psíquicos ao estado do sistema nervoso central muitos séculos se passariam até a psiquiatria conseguir se apresentar de forma mais dissociada do misticismo. [8-10] Marcadamente no século XVIII Philippe Pinel no manicômio de Bicêtre organizou o modo de entender e classificar as doenças mentais, influenciando assim no entendimento e no acolhimento aos pacientes portadores desses transtornos. A grande aceitação dessas idéias coincidiu com a filosofia de Immanuel Kant. O mundo científico começava a enxergar os transtornos mentais de forma mais organizada e com menos influência religiosa situando-os entre a ciência e a filosofia. [8-10]

A segunda metade do século XIX influenciada pelos trabalhos de Louis Pasteur e Charles Darwin marca a busca pela etiologia em toda a medicina e por consequência as bases biológicas dos transtornos mentais. Karl Wernicke, Alois Alzheimer e Arnold Pick são exemplos dessa busca cerebral das alterações da “mente”. Um dos exemplos de sucesso desse momento foi a evolução da tese de Antoine Bayle que descreveu a paralisia geral progressiva mais tarde conhecida como neurosífilis, com o isolamento no cérebro do *Treponema pallidum* por Noguchi em 1913, ou seja, pela primeira vez uma etiologia clara foi bem definida para uma doença mental de grande prevalência. [8-10]

Seguindo temos Emil Kraepelin sistematizando a observação clínica e a fenomenologia para o diagnóstico psiquiátrico. O mesmo, influenciado pelo boom de categorizações da biologia e das ciências naturais começa a estabelecer categorias mutuamente excludentes. Inicia-se a psicopatologia como ciência. Concomitante a isso o neurologista Sigmund Freud cria uma nova linha de pensamento filosófico para o entendimento dos transtornos mentais com um entendimento dinâmico revolucionário, em especial focando nos transtornos mentais ditos “leves”, as neuroses, em contrapartida

as contribuições anteriores voltadas para os transtornos psicóticos. Com Freud a fronteira entre o normal e o patológico passa a ser quantitativa e não apenas qualitativa como na nosologia de Kraepelin. [8-11]

Como sendo por excelência “a grande ciência do ser humano”, a psiquiatria recebe ao final do século XIX e início do século XX influência de todas as áreas do conhecimento que estavam se consolidando desde a antropologia e a sociologia até a economia e o direito. Tudo que tem atividade humana acaba tocando nos assuntos sobre a mente humana e os transtornos mentais de alguma forma. Teorias positivistas e deterministas, por exemplo, geraram percepções diferentes sobre a saúde mental.

Esse dualismo teórico influenciou também na separação quase radical entre a psiquiatria biológica alemã e a psicanálise de Freud e seus seguidores, Jung e Adler.

A primeira guerra mundial e a teoria da relatividade levaram o mundo a enxergar os acontecimentos de forma mais complexa. Isso propiciou o entendimento de psiquiatras como Eugene Bleuler que passaram a tentar unir as teorias psicológicas da mente com as bases biológicas descritas do cérebro. [8-10]

Concomitante a isso Willy Mayer-Gross, Karl Jaspers e Kurt Schneider solidificavam a fenomenologia e a tornavam mais sistemática e, portanto, replicável dando-lhe ares científicos mais sólidos, porém ainda com grande base filosófica. [8-10]

Todas essas contribuições aliados ao boom das comunicações e meios de transporte do século XX geraram uma necessidade de uma linguagem comum internacional para classificar os transtornos mentais e sistematizá-los de forma operacional. Surge então nos EUA, em 1952, o DSM-I da Associação Psiquiátrica Americana. Por outro lado apesar da CID já existir desde 1893 em Paris, apenas a sexta versão, de 1949, passou a categorizar os diagnósticos psiquiátricos separadamente, mas ainda assim de forma resumida. [8-10]

Mais adiante teorias de cunho ideológico como as de Foulcault passaram a criticar o legado das décadas anteriores. Discursos radicais de esquerda passaram ao extremo de negar o diagnóstico psiquiátrico e a existência das doenças mentais e as considerar como pura e simplesmente “armas inventadas como objetos de repressão da burguesia”. Provavelmente além das condições degradantes vistas na maioria dos hospícios ocidentais o que motivou esse pensamento de esquerda deve ter sido influenciado pelos gulags soviéticos de Stálin, as prisões na China de Mao e os campos de concentração nazistas que sistematicamente usaram as doenças mentais como desculpa para eliminar os inimigos do regime. [6,7]

Como vimos, na história do entendimento dos transtornos psiquiátricos, diversas ideologias, sejam elas religiosas, filosóficas ou sociais, sempre se entrelaçaram. Muitas vezes essa ligação retardou o avançar de trabalhos que de fato se mostraram efetivos e mais próximos da realidade. [6] É compreensível que a psiquiatria converse com diversas correntes de pensamento, porém, é difícil aceitar que esse diálogo interfira na seriedade científica que deve prezar muito mais pela isenção e por resultados ótimos do que por agradar a opinião de determinados grupos. Se a ciência for usada para agradar a todos ela deixará de ser ciência, será demagogia.

No âmbito das ciências, em especial na busca por etiologias orgânicas cabe destacar os avanços da genética desde Mendel, passando por Watson e Crick que trouxeram novas esperanças de entender a dinâmica de todas as doenças. Avançando nesse ponto biomolecular os microscópios eletrônicos e as tecnologias aprimoradas de análise abriram a possibilidade de se identificar marcadores para os transtornos mentais. Porém passados meio século de evolução ainda não foi possível isolar no meio da complexidade química encefálica substâncias que sejam típicas para se determinar um diagnóstico. [12-14]

As mesmas esperanças surgiram com os exames de imagem das décadas de 80 e 90 com a TCC

e RNM, seguidos pelos exames funcionais com difusão, emissão de pósitrons e espectroscopia. Um gigantesco volume de dados foi gerado e contribuiu para entender diversos aspectos do funcionamento da mente, porém nada suficiente para determinar os diagnósticos psiquiátricos de maneira clara. [5,12-14]

Apesar de ainda não conseguirem determinar a existência de todas as doenças mentais, acreditamos que as próximas décadas devem ser animadoras no sentido de mapear marcadores suficientemente sensíveis e específicos para os casos psiquiátricos. Algo como os 11 critérios para se diagnosticar doenças como o Lúpus Eritematoso Sistêmico misturando dados clínicos e marcadores somáticos poderão ser alcançáveis nos próximos anos colocando a psiquiatria em outro patamar dentro da medicina. Mas ainda sem perder o necessário diálogo com as ciências humanas tendo em vista que “a verdade geral sobre o ser humano” parece ser ainda distante de alcançada. Até porque a verdadeira ciência considera toda verdade como provisória. [10]

LIMITAÇÕES DOS MODELOS ATUAIS

O modelo médico valoriza a tradição etiológica para a definição diagnóstica. Como isso não é possível para a grande maioria das entidades nosológicas de psiquiatria o diagnóstico fica totalmente dependente da avaliação clínica e do modelo adotado para categorizar. [8-10; 15-19].

As atuais formas de se realizar o diagnóstico psiquiátrico encontram basicamente dois tipos de limitações, sobre o método e sobre o profissional que executa o método.

O método clássico de realizar o diagnóstico psiquiátrico é baseado na avaliação fenomenológica, amparada num legado histórico de construção da psicopatologia e do conhecimento das características gerais do transtorno. [15-19]

A avaliação fenomenológica é o que existe de mais precioso para a formulação diagnóstica dos transtornos mentais. Contudo, apesar de ser imprescindível e orientar todas as demais condutas não pode ser a única ferramenta

para a prática clínica e detalharemos o porquê dessa observação.

Primeiro devido ao seu caráter transversal que somente verifica os dados num espaço delimitado de tempo e perde o aspecto evolutivo. Esse ponto é muito importante, pois a confirmação de vários transtornos depende da história precisa e da evolução observada, logo essa questão tempo nunca pode ser negligenciada.

Segundo, porque sua estrutura de informação é tipicamente semântica e apresenta o viés da filosofia e da dialética. Se um economista aplicado pode usando números chegar a conclusões diferentes, que dirá um habilidoso profissional com o recurso de palavras. Aqui temos um viés do profissional e sua intencionalidade quanto ao diagnóstico que possa estar “defendendo”.

Outro viés também do profissional, e esse é mais óbvio, diz respeito à capacidade técnica de realizar uma boa fenomenologia. Claro, o ideal seria que todos os profissionais dominassem exemplarmente a avaliação do estado mental, mas isso é uma utopia, haja vista que limitações das mais diversas existem nos profissionais e uns se destacarão em detrimento de outros. Na verdade essa consideração é uma das bases dos manuais e tabelas existentes que tentam padronizar o meio de conclusão, pois conseguiriam assim uma uniformidade da avaliação. Muitos protocolos médicos das mais diversas áreas também tentam agir nesse ponto de oferecer uma conduta universal independente da capacidade técnica de quem o executa. [20-22] Assim consideramos a avaliação fenomenológica como crucial na elaboração do diagnóstico Psiquiátrico, mas ponderamos sua atuação quando confrontada nas situações não controladas da prática clínica cotidiana. [20-23]

Outro aspecto que também diz respeito ao profissional, e que independe de sua habilidade em realizar o exame do estado mental, é sobre o conhecimento clínico de todas as doenças. Como a Psiquiatria, ao longo das décadas, teve por hábito se dissociar da clínica médica, a formação do Psiquiatra muitas vezes não dá

o devido valor a aspectos físicos que interferiram nos transtornos mentais. Os resultados desse trabalho mostram alguns dados que se correlacionam com essa observação.

Outro ponto crítico reside no conhecimento acumulado, seja teórico, observacional ou prático (ligado aqui a experiência), que é sem dúvida um dos pilares da eficiência em qualquer atividade humana. Contudo, a habilidade pessoal, a capacidade de aprender com os erros e, sobretudo, a capacidade de processar informações e chegar a uma resposta são tão ou mais relevantes para o sucesso em qualquer empreendimento, e a tarefa de formular um diagnóstico não é diferente. Essas características variam conforme o indivíduo tendo uma base complexa e difícil de quantificar, mas mudam consideravelmente o resultado de qualquer atividade eminentemente humana.

O polêmico trabalho de Rosenhan em 1973 exemplifica essa fragilidade. [23] A certeza do diagnóstico do primeiro grupo que simulava sintomas só não foi pior que a dúvida do diagnóstico nos pacientes seguintes que não tinham nada haver com o estudo.

Outra limitação é percebida nos manuais de referência. Tanto o CID- 10 com suas 329 entidades nosológicas, quanto o DSM-IV com seus 292 diagnósticos são modelos qualitativos categoriais perdendo o aspecto dimensional quantitativo e contínuo. [8-10; 24-25] Dessa forma diagnósticos em “tons de cinza” acabam ficando dependentes da posição doutrinária do médico avaliador. [8-10]

Essas diversas limitações interagem e tornam o diagnóstico psiquiátrico um desafio muitas vezes negligenciado e em outras até negado. E a falta de um dado mais concreto para embasar dificulta o diálogo com grupos de indivíduos que tendem até a alegar que “transtornos são criados” com objetivo “comercial”.

Dessa forma é marcante a necessidade de formular mecanismos que transmitam maior credibilidade ao diagnóstico psiquiátrico enquanto concomitantemente identificam-

se as bases fisiopatológicas dos transtornos mentais, incrementando assim um resultado melhor na conduta clínica e dinamizando ainda mais a especialidade.

Esse trabalho visa atuar na primeira parte, ao propor um modelo estatístico para validar o diagnóstico psiquiátrico confrontando-o de formar comparativa.

OBJETIVO(S)

Elaborar uma escala que ajude na validação do diagnóstico de um transtorno psiquiátrico atribuindo um grau de confiabilidade estatístico para orientar quanto às condutas a serem tomadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Construção da Escala de Validação Diagnóstica (EVD)

Os tópicos da escala (anexo 1) basearam-se na avaliação geral dos critérios mais enfatizados no DSM-IV-tr (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed. texto revisado) e no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), e consideraram as características clínicas dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes. Aliado a isso usamos as bases gerais da semiologia médica e do método clínico para separar cada item adaptando-os a necessidade dos transtornos psiquiátricos. Uma vez separados os itens a tarefa mais difícil consistiu em atribuir pontos, marcando assim o grau de importância de cada um para o diagnóstico. Essa distribuição de pontos ocorreu ao revisar os critérios usados para o diagnóstico conforme os manuais citados acima e incorporando alguns itens que consideramos relevantes mediante o encontrado na prática clínica. Estão detalhados da seguinte forma:

Item 1) Apresentação atual:

Esse item apresenta pontuação variando de 0 a 25. Recebe essa maior pontuação, pois é o item relacionado a história da doença atual e a apresentação dos sintomas. É também o item que motiva a busca do atendimento psiquiátrico. Caracteristicamente é a apresentação vista no momento do exame.

Item 2) História da doença

Esse item avalia o passado. Como surgiram os primeiros pródromos, se ocorreu um evento traumático, se esteve acompanhado de algum evento clínico ou mudanças que ajudaram a desencadear o transtorno psiquiátrico, se existe uma recorrência, se é cíclica ou não... Varia de 0 a 20 pontos sendo o item com a segunda maior pontuação.

Item 3) Características sócio-epidemiológicas

Pontuação de 0 a 10 pontos. Avalia idade do início dos sintomas, história médica familiar, incidência e prevalência do transtorno em questão, características sociais associadas como amizades, estudo, trabalho, religião e o quanto são compatíveis ou não para a hipótese levantada.

Item 4) Opinião de outro psiquiatra

Esse item é colocado tendo em vista que a escala foi projetada para ajudar em diagnósticos mais difíceis e muitas vezes o paciente já foi avaliado por outro especialista. Assim sendo a “segunda opinião” é considerada na elucidação da hipótese diagnóstica.

Item 5) Exames Complementares

Varia de 0 a 5 pontos. Justifica a menor pontuação o fato que na psiquiatria os exames complementares servem pouco para fechar um diagnóstico. Com a clara exceção dos casos psíquicos de origem orgânica, mas até esses quando confrontados com os critérios da escala apresentam correlação satisfatória. Mas independente disso acreditamos que todos os pacientes com um diagnóstico psiquiátrico se beneficiam da realização de exames complementares inclusive de rastreio tendo em vista a quantidade de co-morbidades que possam ser encontradas. Dessa forma nenhum paciente terá um resultado de 100 na EVD se não tiver realizados exames complementares por mais claro que esse diagnóstico possa ser.

Item 6) Resposta ao tratamento

Varia de 0 a 15 pontos. Aqui como tratamento

consideramos basicamente a medicação usada. Atuação de terapia também pode ser considerada desde que a mesma tenha objetivos bem definidos como na fobia específica ou um transtorno de adaptação.

Item 7) Evolução da doença

A evolução é separada da resposta ao tratamento por alguns motivos: 1) primeiro porque em alguns casos o tratamento pode não ter existido ou não ter tido adesão; 2) alguns tratamentos podem ser genéricos demais em especial pelo fato que os medicamentos psiquiátricos atuam de forma pouco específica e muitas vezes são prescritos objetivando agir em alguns sintomas de forma um tanto quanto descompromissada; 3) na prática clínica o mais encontrando é o uso de múltiplos medicamentos o que gera mais um fator de confundimento sobre o que está sendo efetivo quando o profissional que avalia não é o mesmo que prescreveu; 4) independente do tratamento deve-se atentar ao fato que os transtornos psiquiátricos apresentam uma evolução esperada para aquela hipótese, seja de remissão, cíclica, surtos ou piora progressiva. Assim a evolução apresenta pontos importantes que justificam ser separada da resposta ao tratamento.

Assim o que temos é uma escala com pontuação de 0 a 100 com gradação de 5. Podemos observar que os itens 6 e 7 apresentam uma característica evolutiva, após ser levantada a hipótese diagnóstica. Supondo um paciente com diagnóstico de esquizofrenia há 2 anos, os itens 6 e 7 questionariam a evolução após o diagnóstico firmado e a resposta ao tratamento. Contudo uma paciente que é avaliada pela primeira vez por um psiquiatra e que nunca recebeu um diagnóstico, ou ainda que nunca fez um tratamento não teria pontuação nos itens 4, 6 e 7, portanto teria uma pontuação máxima inicial de 60. Assim a confirmação diagnóstica ocorreria evolutivamente, pois após algum tempo sendo re-avaliada pela EVD poderia ter uma pontuação próxima de 100 tendo os itens satisfeitos.

CRITÉRIOS DO ESTUDO

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Foi realizado um estudo prospectivo com 40 pacientes com diagnóstico duvidoso ou sem diagnóstico prévio, sendo 22 do sexo feminino e 18 do sexo masculino com idade variando de 18 a 57 anos, que foram analisados no período de Junho de 2.010 a Outubro de 2.011.

Revisão dos prontuários e consultas médicas sucessivas foram usadas como fontes de informação para a formulação diagnóstica que uma vez estabelecida foi validada na escala ganhando uma pontuação. Evolutivamente comparou-se o quadro clínico do paciente e a correspondência com a hipótese validada na escala.

Seleção da amostra

Os pacientes vieram da enfermaria (9 pacientes), ambulatório (19 pacientes) e emergência (12 pacientes) do IMPP. Foram analisados e divididos em 2 grupos: aqueles que não tinham nenhuma hipótese diagnóstica firmada, ou que o diagnóstico era muito vago configurando apenas alguma síndrome (8 pacientes), e aqueles que receberam mais de um diagnóstico nos últimos 2 anos e que ainda pairavam dúvidas sobre qual diagnóstico definitivo, ou que despertaram a nossa atenção, por discordarmos do diagnóstico estabelecido, durante o período que foram acompanhados (32 pacientes) conforme fluxo abaixo.

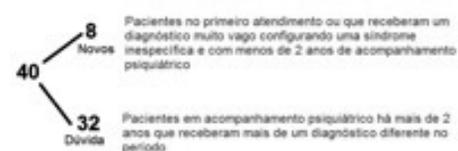


Figura 1: Pacientes avaliados

A EVD foi aplicada no momento da suspeita diagnóstica, não necessariamente no primeiro dia de atendimento, colocando a prova as hipóteses que eram consideradas para o caso de forma comparativa. A hipótese de maior pontuação foi considerada a mais adequada e

baseou a observação e conduta ao longo do tempo. Pacientes que apresentaram inicialmente baixas pontuações em todas as hipóteses (<75 pontos) foram reavaliados sucessivamente para outras hipóteses, ao mesmo tempo em que mais dados eram coletados, até que uma hipótese mais condizente com o caso fosse estabelecida (>80 pontos) conforme modelo de interpretação da EVD com orientações quanto à conduta (anexo 2).

RESULTADOS

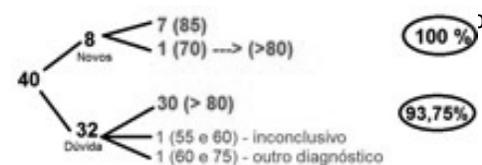


Figura 2: Fluxo de resultado dos pacientes avaliados

Assim temos que dos 8 pacientes sem diagnóstico prévio a escala foi aplicada para a principal hipótese, destes 7 receberam pontuação superior a 85 pontos (diagnóstico altamente provável), o qual se manteve ao longo dos meses subsequentes com boa evolução. Um paciente teve pontuação inferior a 70 na escala (diagnóstico sugestivo) sendo necessário levantar outra hipótese diagnóstica a qual uma vez testada na escala obteve pontuação maior que 80 e mostrou-se mais adequada ao caso ao longo dos meses. Isso demonstra 100% de eficiência no grupo dos pacientes sem diagnóstico prévio (20% dos pacientes do estudo). Nos 32 pacientes com diagnósticos questionáveis a escala foi testada para as duas principais hipóteses. Em 30 pacientes uma das hipóteses apresentou pontuação superior a 80 a qual foi a mais adequada para a condução subsequente ao longo dos meses. Um paciente apresentou pontuações com valores muito próximos entre as duas hipóteses mantendo seu diagnóstico inconclusivo pelo período acompanhado. Um paciente apresentou 75 e 60 pontos nos diagnósticos avaliados, mas esses não se mostraram adequados ao longo dos meses. Para o grupo de pacientes com

diagnóstico duvidoso a escala mostrou-se eficiente em 93,75 % dos casos. Considerando a totalidade dos casos temos 95 % de eficiência no uso da escala.

Antes da aplicação da escala observamos que 4 pacientes apresentavam mais de um diagnóstico como condição importante para o entendimento do caso. Após a aplicação da escala o número de pacientes com diagnósticos co-mórbidos relevantes para o entendimento do caso subiu para 12. Esse aumento em especial ocorreu pela investigação clínica e pelo entendimento em eixos da construção diagnóstica.

O detalhamento dos diagnósticos suspeitos frente aos encontrados segue a tabela abaixo:

| Diagnóstico | Quantidade antes da EVD | Quantidade após EVD |
|---------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Esquizofrenia | 17 | 06 |
| Transtorno Esquizoafetivo | - | 01 |
| Transtorno Bipolar do Humor | 09 | 06 |
| Depressão | 09 | 05 |
| (exclui depressão bipolar) | - | 01 |
| Transtorno de Estresse Pós-traumático | - | 03 |
| Distímia | 02 | 04 |
| Transtornos de Personalidade | - | 02 |
| Transtorno de Ansiedade Generalizada | 01 | 02 |
| Síndrome do Pânico | - | 01 |
| Transtorno Obsessivo Compulsivo | - | 01 |
| Transtorno Dissociativo | - | 01 |
| Transtorno do Controle de Impulsos | 01 | 02 |
| Fobia Social | - | 01 |

| | | |
|---|----|----|
| Asperger | - | 03 |
| Retardo | - | 03 |
| Psicose transitória (inclui esquizofreniforme / Transtorno Psicótico breve/ Psicose reativa) | - | 05 |
| Condições clínicas (Hipotireoidismo / Deficiência de vitamina B12/ Esclerose Múltipla/ Abstinência de medicação / Síndrome serotoninérgica/ Transtorno cognitivo leve/ Epilepsia de lobo temporal | - | 07 |
| Total | 39 | 51 |

Tabela 1: Relação dos diagnósticos antes e após uso da EVD

Conforme podemos perceber na tabela o diagnóstico mais encontrado foi o de Esquizofrenia, seguido de Transtorno Bipolar (basicamente descrito como tipo 1) e Depressão.

O diagnóstico de depressão antes do uso da EVD sugeria muitas vezes uma síndrome depressiva inespecífica, mas não foi colocada dessa forma e revelou muitas vezes condições clínicas como causa principal e outras hipóteses mais acertadas ao caso. Todos os pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia após a EVD tinham o mesmo diagnóstico anteriormente demonstrando boa sensibilidade geral para o diagnóstico dessa doença, mas baixa especificidade, pois dos 17 iniciais apenas 06 se confirmaram com o uso da escala. Por sinal todos os outros diagnósticos tiveram casos que não se mantiveram com o uso da escala e foram alocados em outras hipóteses. Como exemplo, dos 4 pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade após o uso da escala, apenas 1 tinha essa hipótese antes do uso da escala e a manteve. O outro paciente com diagnóstico prévio de transtorno

de personalidade na verdade tinha como diagnóstico principal transtorno de ansiedade generalizada.

Nota-se que o número de diagnósticos diferentes aumentou com o uso da EVD, pois uma maior investigação clínica foi sistematizada diante dos casos considerados atípicos e que chamaram atenção para uma melhor investigação dos dados clínicos.

Os diagnósticos estabelecidos após o uso da EVD mantiveram-se ao longo do tempo num intervalo de acompanhamento superior há 6 meses para 38 pacientes do estudo. Nos 2 casos em que a escala não foi efetiva em apontar a validade do diagnóstico cumpre realçar que o erro ocorreu por uma incapacidade do avaliador em formular uma hipótese mais acertada e por falha em realizar um exame do estado mental de forma mais completa.

Os resultados da escala serviram de orientação para a tomada de decisões clínicas conforme anexo 2 e os resultados dessa abordagem foram:

- a) Nenhum paciente ambulatorial durante o período do estudo precisou de internação psiquiátrica;
- b) Dos pacientes na enfermaria todos tiveram alta e apenas um precisou se re-internar;
- c) 16 pacientes voltaram ao trabalho. Antes da abordagem clínica pela EVD, apenas 5 tinham trabalho regular, outros 4 tinham exercido alguma atividade remunerada no último ano;
- d) 7 retornaram a atividades acadêmicas (faculdades, supletivo, cursos). Antes apenas 3 exerciam atividades acadêmicas regulares.
- e) Um paciente conseguiu se desinstitucionalizar sendo encaminhado para uma residência terapêutica;
- f) Diversas co-morbidades clínicas que não se relacionavam diretamente com o quadro psiquiátrico como hipertensão, obesidade, diabetes Mellitus, tabagismo severo, DPOC, arritmias cardíacas, gota, dentre outras, foram identificadas e encaminhadas ao tratamento

adequado. Algumas foram significativas o suficiente para justificar modificações na medicação psiquiátrica em uso

O uso de medicações foi modificado conforme a demanda clínica sendo que alguns tiveram acréscimo e potencialização, outros tiveram redução das medicações. Tudo mediante uma racionalização na prescrição diante do diagnóstico. Não foi formalmente avaliado o grau de melhora dos sintomas após as condutas baseadas na EVD. Durante a realização do estudo essa avaliação não foi desenhada abrindo espaço para novos estudos nessa direção. Orientações alimentares e para a prática de atividades físicas também foram realçadas durante o acompanhamento clínico sendo adotado por quase metade dos pacientes em algum momento. Alguns foram encaminhados ao serviço de nutrição e outros aderiram a exercícios físicos supervisionados.

Aproximadamente 12 pacientes foram encaminhados para terapia, outros 4 já encontravam-se em atendimento psicoterápico. Os números nessa abordagem perderam um pouco de precisão, pois alguns conseguiram terapia regular e outros não.

CASOS CLÍNICOS

Casos Clínicos

A seguir apresentaremos 3 casos clínicos para exemplificar o uso da EVD na prática clínica. Os 3 casos citados fizeram parte do estudo mencionado.

Caso Clínico 1

Paciente K.K.B., sexo feminino, 32 anos, estava internada na enfermaria do IMPP com diagnóstico de Esquizofrenia em uso de Olanzapina 15 mg + Levomepromazina 300 mg + Diazepam 20 mg + Carbamazepina 600 mg.

Começamos o acompanhamento na enfermaria do IMPP onde a apresentação dos sintomas nos fez suspeitar do diagnóstico (paciente passava a maior parte do tempo totalmente assintomática, tinha cognição preservada e só relatava sintomas quando perguntada, ao que confirmava tudo, demonstrava ser muito sugestível).

Detalhes da história: primeira internação ocorreu aos 23 anos, ao divorciar-se do esposo, e desde então a mesma teve 13 internações em hospital psiquiátrico, foi aposentada por invalidez pelo INSS com diagnóstico de Esquizofrenia e já tinha feito uso de vários medicamentos. Chegava a ficar mais de seis meses totalmente assintomática e sem medicação. Na internação anterior, há 10 meses, havia sido iniciado Olanzapina devido à refratariedade do caso (apresentava sintomas psicóticos após desavenças familiares). Nesse período a paciente engordou quase 20 kg.

Diante desses dados o diagnóstico de Esquizofrenia foi questionado mediante a EVD (anexo 1), recebendo a seguinte pontuação para essa hipótese:

- 1) Apresentação atual - Síndrome pouco especificada: 5 pontos
- 2) História da doença – história não característica: 0 ponto
- 3) Característica sócio-epidemiológicas compatíveis: 10 pontos
- 4) Opinião de outro psiquiatra divergente: 0 ponto
- 5) Exames complementares – sem exames: 0 ponto
- 6) Resposta ao tratamento – resposta parcial ao tratamento: 10 pontos
- 7) Evolução da doença – atípica para a hipótese: 5 pontos

Total = EVD : 30 pontos para Esquizofrenia – o que pontua como Diagnóstico Incerto pela interpretação da escala. O que nos orienta a procurar novas hipóteses e evitar condutas de risco. (ver anexo 2)

Dessa forma iniciamos a retirada gradual da medicação. Orientamos familiares, procedemos a alta hospitalar em uma semana e seguimos acompanhamento ambulatorial sendo realizados exames complementares e aprofundado a investigação clínica.

Formulado a hipótese de Transtorno de Personalidade Histriônica associado a Transtorno Dissociativo que ocorria em situações nas quais

era submetida a stress importante.

A EVD pontuou em 90 pontos para ambas as hipóteses (perdeu 10 pontos no item 4 – sem avaliação de outro psiquiatra para a hipótese).

Seguimos tratamento com apenas Clobazan 10 mg a noite para indução do sono e controle da ansiedade. Orientamos a paciente quanto ao caso e a necessidade de terapia. Evoluiu nos 12 meses sem sintomas psicóticos, sem internação hospitalar, emagreceu 10 kg e voltou a morar com o filho. Seguiu com terapia pelo CAPS perto de sua residência.

Caso Clínico 2

Paciente M.S., sexo feminino, 41 anos, internada na enfermaria do IMPP com diagnóstico de Esquizofrenia em uso de Haldol decanoato 02 amp. a cada 3 semanas + Fenergan 25 mg a noite.

Começamos o acompanhamento na enfermaria do IMPP, paciente estava estável clinicamente, mas devido à condição social precária “residia” na instituição. Porém nas semanas subsequentes evoluiu com agitação psicomotora extrema, labilidade afetiva, taquipsiquismo e discurso desorganizado. Essa descompensação sem motivo nos fez questionar o diagnóstico de Esquizofrenia sendo avaliado pela EVD:

- 1) Apresentação atual – Sugere mais de um diagnóstico: 10 pontos
- 2) História da doença – história característica: 20 ponto
- 3) Característica sócio-epidemiológicas compatíveis: 10 pontos
- 4) Opinião de outro psiquiatra parcialmente semelhante: 5 pontos
- 5) Exames complementares – sem exames: 0 ponto
- 6) Resposta ao tratamento – resposta parcial ao tratamento: 10 pontos
- 7) Evolução da doença – atípica para a hipótese: 5 pontos

Total = EVD : 60 pontos para Esquizofrenia

– Diagnóstico sugestivo pela interpretação da escala. O que nos orienta a avaliar outras hipóteses e melhorar alguns pontos.

Assim revemos o extenso prontuário da paciente que tinha mais de trinta internações nos últimos 20 anos. Percebemos que em 30% dos casos foi aventada a hipótese de Transtorno Bipolar do Humor, mas devido ao estado social e cognitivo da paciente a hipótese de Esquizofrenia foi a que prevaleceu. Embora a paciente não tenha de fato nunca conseguido manter estabilidade dos sintomas com descompensações esporádicas semelhantes à apresentada, com frequência algumas vezes superior a 4 episódios anuais.

Realizamos exames complementares e revemos a fenomenologia dos sintomas.

Dessa forma formulamos a hipótese de Transtorno Bipolar do Humor com ciclagem rápida (EVD: 95 – sendo menos 5 pontos no item 4) e avaliamos o nível cognitivo da paciente e descobrimos a mesma ser portadora de Retardo Mental Leve (EVD: 90 – sendo menos 10 pontos no item 4). Observamos que a paciente nunca tinha usado estabilizador do humor, e iniciamos Ácido Valpróico. Courseou com melhora importante nas 3 semanas subsequentes quando evoluiu com depressão sendo associado Lamotrigina. Após 1 mês em uso do esquema de Ácido Valpróico + Lamotrigina + Haldol + Fenergan apresentou remissão completa dos sintomas. Seguiu em acompanhamento pela Terapia Ocupacional com trabalho de re-socialização e voltado as atividades de vida diária.

Teve alta para residência terapêutica mantendo apenas Ácido Valpróico e Lamotrigina. Seguimento de 6 meses após a alta mostrou paciente eutímica, com boa interação social, capaz de se auto-gerir sob supervisão sem qualquer sintoma psicótico residual.

Caso Clínico 3

Paciente J.T.O., sexo feminino, 18 anos, atendida emergencialmente devido a quadro de alucinações visuais e alterações do comportamento. Estava há 10 meses em acompanhamento com psicóloga e psiquiatra por “quadro conversivo” devido

a possíveis “problemas de relacionamento no trabalho”, encontrando-se em uso de Fluoxetina e Clonazepam aliado a terapia semanal.

Paciente apresentava-se ao exame acordada, apática, com interação prejudicada e sem aparentar psicose. Avaliação geral sugeria síndrome demencial numa paciente de 19 anos.

Foi encaminhada a internação em hospital clínico para investigação. A equipe da Clínica Médica, os serviços de Neurologia e de Psicologia Hospitalar suspeitaram de Depressão e Transtorno Conversivo. Aplicado a EVD e a pontuação obtida para essas hipóteses foi respectivamente de 30 e 45 pontos. O quadro fenomenológico apontava para síndrome demencial e não havia de nossa parte uma hipótese coerente para a história recente que incluía alucinações visuais não sistematizadas, apatia, abulia e hipopragmatismo com pensamento muito empobrecido numa paciente que tinha terminado o segundo grau e trabalhava como lojista. Suspeitamos então de uma Demência de causa orgânica, EVD: 60 (perdendo pontos nos itens 1, 3, 4 e 5). Sendo assim orientamos manter investigação clínica detalhada. O serviço de infectologia também suspeitou de síndrome demencial precoce e assumiu o caso em conjunto com a Psiquiatria. Paciente evoluiu restrita ao leito, apática com anorexia e dependente de cuidados precisando ser encaminhada ao CTI. Solicitamos RNM de crânio, análise do LCR e EEG de 24 horas. O resultado do LCR mostrou bandas oligoclonais positivas. RNM mostrou pequena lesão desmielinizante em região temporal. EEG apontou para sinal irritativo em região temporal.

Diante desses resultados formulamos a hipótese de Epilepsia de Lobo Temporal causada por Esclerose Múltipla. Iniciado anticonvulsivante e pulsoterapia com corticóide. Evoluiu com melhora tendo alta do CTI após 4 dias. Voltou a deambular e a se alimentar. Feitas orientações aos familiares e encaminhada ao tratamento ambulatorial com a Neurologia.

Foi re-avaliada dois meses após a alta com remissão completa do quadro psiquiátrico. Seguiu mantendo acompanhamento pela

neurologia para Esclerose Múltipla.

DISCUSSÃO

O principal objetivo com a EVD é a validade do diagnóstico psiquiátrico. Desenhar um modelo matemático que ajude a pensar de forma probabilística de certa forma mensura o grau de confiança naquela hipótese. A idéia pretendida aqui não é reduzir o papel do especialista, muito pelo contrário é justamente organizar os itens principais do modelo semiológico atribuindo pontuações para que o médico, e somente ele, possa apresentar uma hipótese com um grau maior de embasamento.

É de conhecimento notório que os diagnósticos psiquiátricos pequem por imprecisão por motivos inerentes aos profissionais e por falta de uniformidade nas informações. [8-10; 21-22]. Acreditamos que essa imprecisão deve continuar existindo por um bom tempo, pois contempla o espaço necessário ao desconhecido, considerando o fato de trabalharmos com a estrutura mais complexa já observada no universo: o cérebro humano. O mesmo com suas 1015 de conexões mediadas por centenas de neurotransmissores, influenciados por inputs de informação contínua de origens diversas, que sinalizam em outras centenas de subreceptores de formas diferentes ainda tem muito de seu funcionamento geral não mapeado. [13-14] De fato não deixar espaço para o desconhecido diante dessa complexidade é uma grande presunção. Por isso, o modelo estatístico apresenta-se como uma alternativa que entende que o trabalho psiquiátrico é realizado num sistema absurdamente complexo por pessoas que possuem esse mesmo sistema, portanto sujeitas a falhas.

Claro que apenas admitir a dificuldade geral não exime de continuar uma busca por padrões mais replicáveis e, portanto fidedignos. São mais que necessários, porém antes que os mesmos existam e sejam parte cotidiana do trabalho clínico acreditamos que o modelo estatístico pode favorecer um melhor diálogo com toda classe médica ao apresentar dados quantificáveis cuja métrica seja descrita de forma sistemática.

Outro aspecto positivo que podemos perceber é que essa sistematização na checagem dos itens da escala favoreceu um maior achado de co-morbidades e aperfeiçoou o cuidado clínico geral trazendo ganhos evidentes aos pacientes. Acreditamos que sistematizar a busca diagnóstica por um mapa impulsiona o médico psiquiatra a excelência e gera tratamentos mais efetivos, uma vez que são mais embasados, com menos efeitos colaterais. Apesar disso não ser claramente visto nos resultados apresentados pode ser subentendido com os dados que vemos de menor taxa de internação e ganhos sociais de estudo e trabalho e pelos exemplos dos casos clínicos.

Um aspecto também relevante para a aplicação da escala diz respeito ao uso do diagnóstico para a concessão de benefícios. Quantificar o diagnóstico de forma mais palpável pode fornecer um critério mais justo como ponto de partida. Claro que a particularidade de cada caso e a gravidade dos mesmos são itens importantes nessa tomada de decisão, mas a busca por uma normatização desses critérios é fundamental, em especial se considerarmos que a prevalência das doenças mentais têm aumentado e seus custos como causa de afastamento do trabalho tem apresentado destaque.

Os resultados do trabalho também mostraram uma importante face da saúde mental no Rio de Janeiro. Tomando que o IMPP é um centro de referência histórico para o diagnóstico e o tratamento de transtornos psiquiátricos é no mínimo curioso essa discrepância nos diagnósticos. Entendemos que em alguns casos, como os diagnósticos de Esquizofrenia, a prevalência encontrada antes da escala seja alta por uma tendência em rotular alguns pacientes com esse diagnóstico diante do meio social em que vivem e por serem “naturalmente” referenciados para os serviços do IMPP. De uma forma geral os itens que mais pesaram na mudança dos diagnósticos quando em uso da escala foram verificando que a história do quadro não era adequadamente valorizada e a observação da resposta ao tratamento e da evolução foi algumas vezes negligenciada.

Além disso, muitos casos nunca tiveram avaliações de exames complementares, ou essas foram insuficientes. O paciente com epilepsia de lobo temporal já tinha realizado 8 eletroencefalogramas em outros serviços ao longo da vida (todos com alteração no foco temporal), mas isso não era observado no prontuário. Nunca tinha realizado uma RNM de crânio apesar do quadro grave que apresentava, mas fazia terapia semanal há anos. Praticamente todos os casos psicóticos graves nunca tinham realizado um exame de imagem. E a maioria não teve investigação laboratorial no momento do surto e nem durante o seguimento mesmo em uso de medicações com diversos potenciais adversos. O mais impressionante desses dados é que contrapõe totalmente a formação do serviço de residência médica em psiquiatria do IMPP. Foram ministradas aulas com especialistas renomados e por dezenas de vezes o chefe do serviço orientou a necessidade da busca de dados na história do paciente e como acompanhar a evolução sob a luz dos sintomas. Os profissionais diante dos pacientes tinham conhecimento do que fazer para o trabalho, mas porque esse desencontro entre o conhecimento teórico e a prática?

Acreditamos que a resposta para essa indagação seja que a ideologia da rede pública está comprometendo a eficiência do tratamento na saúde mental. Centenas de horas são usadas para doutrinar sobre Michael Foucault e reforma psiquiátrica ao passo que enquanto isso o IMPP com quase 100 pacientes internados não dispunha de um laboratório. Todo um modelo de crenças radicais com conteúdo de esquerda é imposto e rebaixado a ciência para algo "errado" com críticas a qualquer visão mais física e biológica na gênese dos transtornos mentais. Prevalece conteúdos que mesclam ideais da reforma psiquiátrica com o movimento antipsiquiatria, em muitos momentos chegando a negar a doença psiquiátrica e minimizando a importância do tratamento medicamentoso. Ao mesmo tempo construções sociológicas aliadas à psicanálise são apontadas como verdade definitiva.

Diante desse modelo radical se estendendo amplamente por toda a rede de saúde mental, em especial nos CAPS, e diante da dificuldade em se posicionar de forma diferente não resta muita escolha ao médico psiquiátrico a não ser tentar se adaptar num ambiente que o considera hostil por representar uma ideologia diferente e por ser portador daquilo que é abominado na maior parte da rede pública de saúde mental: a ciência.

Assim, sem determinismos, acreditamos que o meio geral tem no mínimo reduzido os estímulos para a prática da psiquiatria diante de um modelo médico moderno. Análises nesse sentido foram realizadas pelo CFM e pela ABP mostrando o "apagão" da saúde mental no Brasil e a redução do número de leitos psiquiátricos no país. Em resumo, especulamos que a política (ou será política?) ideológica está comprometendo sistematicamente a qualidade da atenção em saúde mental no Brasil colocando em risco a saúde da população e ignorando metas de eficiência no atendimento, portanto um descaso com a qualidade.

Apesar desse não ser o objetivo primário desse trabalho acreditamos que conseguimos mostrar categoricamente que a abordagem médica é mais efetiva e humana do que as posições puramente ideológicas que vemos na saúde mental.

CONCLUSÃO

Como o diagnóstico na psiquiatria ainda é puramente clínico, a elaboração de uma escala para validação contribui para conferir maior segurança na tomada de decisões e ajuda num entendimento mais probabilístico a cerca da hipótese diagnóstica. Aspectos legais e avaliações relacionadas à concessão de benefícios também podem se valer de instrumentos que realcem o diagnóstico tido algumas vezes como impreciso pela falta de exames complementares. Vimos que a EVD é operacional e prática. Age na validação do diagnóstico. Não abole a fenomenologia e as classificações internacionais, mas as complementa.

Todavia, vale lembrar que o presente estudo

ao mesmo tempo em que construiu a escala também a aplicou, assim sendo, o que temos é um resultado preliminar com um viés importante na adaptação do trabalho. Dessa forma se faz necessário replicar em ensaios posteriores com maior número de pacientes a tabela apresentada.

REFERÊNCIAS:

ROMEIRO, V. *Semiologia Médica*. 12ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1.980.

TOY, E.C. (et al) *Casos Clínicos em Medicina Interna*. Porto Alegre. Artmed, 2.006

FARAJ, M. (et al) Aspectos propedêuticos essenciais da investigação diagnóstica na prática médica. *J. bras. med*;71(1):93, 96-8, 100-2, jul. 1996.

KASPER, D.L. (et al) *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th Edition. USA. Mc Graw Hill, 2.005

ROONEY, A. *A História da Medicina. Das primeiras curas aos milagres da medicina moderna*. M. books. 2012

HART, M.H. *As 100 Maiores Personalidades da História*. 10ª Edição. Difel. Rio de Janeiro, 2005

BLAINEY, G.. *Uma breve história do mundo*. 2ª Edição. São Paulo. Fundamento, 2010

RODRIGUES, S. M. S. (et al) Diagnóstico Psiquiátrico: Evolução histórica, conceitos e vicissitudes. *Rev para med*; 22(3), jul.-set. 2008

BERRIOS, G.E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Rev. Psiq. Clín* 35(3); 113-127, 2008

CÂMARA, F.P. A Construção do Diagnóstico Psiquiátrico. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 677-684, dez.2007

DUNKER, C.I.L.; NETO, F.K. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2.011

BAHN, S. (et al). Biomarker blood tests for diagnosis and management of mental disorders: focus on schizophrenia. *Rev Psiq Clin*. 2013;40(1):2-9

STAHL, S. M. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. 3ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010

YUDOFKY, S.C. *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica*. 4ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2006

TOY, E.C. (et al) *Casos Clínicos em Psiquiatria*. Porto Alegre. Artmed, 2.005

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2.008.

SADOCK, BENJAMIN J. Kaplan & Sadock – *Compêndio de Psiquiatria – 9ª Edição*. Porto Alegre. Artmed, 2.007.

CHENIAUX, E. *Manual de Psicopatologia*. 3ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2.008.

HALES, R. E.; YUDOFKY, S.C.; GABBARD, G.O. (et al). *Tratado de Psiquiatria Clínica*. 5ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2.012

PICON, P. A publicação de estudos brasileiros de validação de medidas de aferição em psiquiatria. *Rev Psiquiatria RS maio/ago 2006*;28(2):117-119

ANDRADE-NASCIMENTO, M. (et al). Transtorno bipolar em comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada: um diagnóstico possível? *Rev Psiq Clin*. 2012;39(4):149-52

DEL-BEN, CM (et al). Accuracy of psychiatric diagnosis performed under indirect supervision. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):58-62

ROSENHAN, D.L. On being sane in insane places. *Science*. 1973 (4070): 250-258. 1973

DSM-IV-TR™ – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. – 4ª Edição rev. – Porto Alegre. Artmed, 2.002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* — Porto Alegre. Artmed, 1.993.

Anexo 1 – Escala de Validação Diagnóstica (EVD)

| Informação clínica | Pontuação |
|---|-----------|
| 1) Apresentação atual | |
| Apresentação atual altamente típica para um diagnóstico | 25 pontos |
| Apresentação atual sugere mais de um diagnóstico | 10 pontos |
| Síndrome pouco especificada | 5 pontos |
| Sintomas atuais não especificados | 0 ponto |
| 2) História da doença | |
| História da doença característica | 20 pontos |
| História da doença não característica ou sem história conhecida | 0 ponto |
| 3) Características sócio-epidemiológicas | |
| Características sócio-epidemiológicas compatíveis | 10 pontos |
| Características sócio-epidemiológicas não compatíveis | 0 ponto |

| | | |
|--|-----------|--|
| 4) Opinião de outro psiquiatra | | |
| Opinião de outro psiquiatra é igual | 10 pontos | |
| Opinião de outro psiquiatra é parcialmente semelhante | 5 pontos | |
| Sem avaliação ou opinião totalmente divergente | 0 ponto | |
| 5) Exames complementares | | |
| Exames complementares compatíveis com a hipótese | 5 pontos | |
| Exames não compatíveis ou sem exames | 0 ponto | |
| 6) Resposta ao tratamento | | |
| Resposta ao tratamento adequada a suspeita diagnóstica | 15 pontos | |
| Resposta parcial ao tratamento pelo diagnóstico | 10 pontos | |
| Resposta insatisfatória ao tratamento | 5 pontos | |
| Sem resposta alguma ao tratamento ou sem tratamento | 0 ponto | |
| 7) Evolução da doença | | |
| Evolução dentro do esperado para a hipótese | 15 pontos | |
| Evolução atípica para a hipótese | 5 pontos | |
| Evolução desconhecida ou altamente sugestiva de outra hipótese | 0 ponto | |

Anexo 2 – Orientações quanto à conduta

| Pontuação | Comentário | Conduta |
|-----------|---|--|
| 100 | Diagnóstico bem embasado Altíssima possibilidade de acerto | Manter acompanhamento, otimizar ao máximo o manejo. Tratamentos mais agressivos e dispendiosos, quando necessários, se justificam diante da confiança no diagnóstico |
| 85 – 95 | Diagnóstico altamente provável Pontos a serem melhorados se possíveis | Tratamento conforme os consensos. Tratamentos mais agressivos, dispendiosos e provas terapêuticas são aceitáveis quando necessários |

| | | |
|---------|---|---|
| 75 – 80 | Diagnóstico provável Avaliar pontos do diagnóstico a serem melhorados. Excluir outras hipóteses possíveis. | Tratamento conforme os consensos, pesar efeitos colaterais (risco/benefício baixo). Testes terapêuticos aceitáveis |
| 55 – 70 | Diagnóstico sugestivo Avaliar pontos a serem melhorados. Avaliar outras hipóteses. | Tratamento conforme os consensos, pesar contra-indicações (risco/benefício médio). Pesar com cautela realização de testes terapêuticos |
| 25 – 50 | Diagnóstico incerto Avaliar bem os pontos a serem melhorados. Formular novas hipóteses. | Evitar condutas de risco (risco/benefício alto) |
| 05 – 20 | Hipótese diagnóstica inespecífica Coletar mais dados | Tratamento visando apenas o emergencial, não realizar condutas de risco |
| 0 | Não avaliado | Não se aplica |



10º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2013

PRIMEIRO LUGAR NO 10º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2013

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Este estudo foi desenvolvido devido à relevância deste tema, visto que a depressão é considerada um problema de saúde pública de magnitude crescente e estima-se que aproximadamente 10% de pacientes atendidos por médicos generalistas, apresentem transtorno depressivo maior (TDM).

Em indivíduos saudáveis ou com alguma cardiopatia, a presença de TDM é considerado um fator de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares e contribuem para um aumento da mortalidade geral e por doenças cardíacas.

Nos pacientes deprimidos, com ou sem doença cardiovascular, podem ocorrer distúrbios fisiológicos que contribuem para o aumento da mortalidade e do risco de eventos cardiovasculares. Entre estas alterações, está incluída alteração do sistema nervoso autônomo (SNA), com aumento do tônus do sistema nervoso simpático em relação ao parassimpático. Esta desregulação do SNA, que é um importante modulador da repolarização ventricular, pode contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de arritmias ventriculares.

Além disso, estas mudanças no tônus autonômico cardíaco podem gerar modificações no intervalo QT de forma indireta (variações na frequência cardíaca) e direta (interferência na repolarização das células miocárdicas)

A dispersão do intervalo QT (DQT), definida com a diferença entre os valores máximo e mínimo obtidos em cada derivação do eletrocardiograma de repouso, é considerada uma expressão indireta da heterogeneidade da repolarização ventricular e sofre influência do SNA.

Visto que na depressão pode ocorrer o predomínio do tônus autonômico simpático e que a elevação da ação do SNS pode gerar um aumento da mensuração da DQT, foi realizado um estudo com uma amostra inédita, composta de mulheres sem doença cardiovascular, tabagistas ou em uso de antidepressivos.

Esta amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com a presença de Episódio Depressivo Maior (EDM), além disso, aplicou-se a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton com 17 itens, para quantificação do EDM.

Foi observado que os valores da dispersão do intervalo QT (DQT e DQTc) foram significativamente maiores no grupo com EDM. Além disso, estes valores da dispersão do QT apresentaram correlação positiva significativa com a gravidade do EDM, independente da idade.

Estes resultados sugerem a presença de distúrbio do sistema nervoso autônomo relacionados ao EDM em mulheres com depressão.

Eu, como preceptor deste trabalho, sou imensamente grato à Dra. Luana da Graça Machado, que o apresentou de forma brilhante e conquistou o 1º lugar do 10º Prêmio de Residência Médica do CREMERJ (2013). Na época ela estava no primeiro ano de residência em Clínica Médica na 7ª Enfermaria (Clínica Médica IV) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)).

DR. JULIO CESAR TOLENTINO JÚNIOR

CRM 52 63824-2

Professor Assistente de Clínica Médica da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

A MÉDICA PREMIADA

Luana da Graça Machado, nascida no interior do Rio de Janeiro, formada em 2012 pela Universidade Severino Sombra - Vassouras-RJ mudou-se para o Rio de Janeiro em 2011, onde realizou internato no Hospital Federal dos Servidores do Estado por 1 ano e meio. Concluiu residência de clínica médica no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, sétima enfermaria, e hoje, aos 28 anos, realiza residência de cardiologia no Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, a se completar em março de 2017.

DRA. LUANA DA GRAÇA MACHADO

CRM 52 93480-1



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

ALTERAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO EM PACIENTES COM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

RESIDENTE: Dra. Luana da Graça Machado

PRECEPTOR: Dr. Julio Cesar Tolentino Júnior

DESCRITORES: DEPRESSÃO – TRANSTORNO DEPRESSIVO – AVALIAÇÃO CLÍNICA

INTRODUÇÃO

Depressão é transtorno comum do humor, podendo associar-se a alterações na modulação cardíaca autonômica^{1,2}. Alterações no sistema nervoso autônomo (SNA), predominantemente no SNS, têm sido descritas em deprimidos, sendo apontadas como um dos mecanismos que eventualmente justificaria o aumento da mortalidade naqueles com e sem cardiopatia.^{3,4,5} A dispersão do intervalo QT (DQT) tem sido utilizada como marcador de heterogeneidade da repolarização ventricular^{6,7,8} e é modulada por atividade autonômica, podendo ser considerada um reflexo indireto do balanço autonômico^{9,10}.

OBJETIVO

Analisar a dispersão do QT em mulheres sem doença cardiovascular, durante episódio depressivo maior (EDM).

DELINEAMENTO E MÉTODOS

Estudo transversal, em que foram incluídas 58 dentre 186 mulheres submetidas à avaliação clínica ambulatorial. A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos do Hospital Universitário de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde, que inclui o consentimento livre e esclarecido. Todas negavam uso de medicações capazes de interferir na DQT, tabagismo e apresentavam exame clínico, eletrocardiograma,

exames laboratoriais, ecocardiograma e teste funcional normal para coronariopatia. Após avaliação clínica, as pacientes foram submetidas à entrevista psiquiátrica no Departamento de Psiquiatria. Todas deveriam ter acima de 23 pontos no Mini Exame de Estado Mental (MEEM).¹¹ O EDM foi diagnosticado de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV¹² e quantificado de acordo com aplicação da Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton,^{13,14} com 17 itens (HAM-D). A amostra foi separada em 2 grupos: Com EDM (34 mulheres) e sem EDM (24 mulheres). Nos 02 grupos, comparou-se a DQT (diferença entre o maior e menor intervalo QT no eletrocardiograma de 12 derivações) e a DQT corrigida pela frequência cardíaca (DQTc) pela fórmula de Bazett, mensuradas manualmente por um cardiologista cego em relação ao resultado da avaliação psiquiátrica. A análise estatística foi realizada com o teste de Mann-Whitney. Valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Análise de Covariância (ANCOVA) foi realizada para avaliar a relação entre os índices de dispersão do intervalo QT (DQT e DQTc) com o diagnóstico de EDM, controlando o efeito da idade. A relação entre os índices da dispersão do intervalo QT com HAM-D, ajustado pela idade, foi analisado pelo coeficiente de correlação parcial de Pearson. A variabilidade intra-observador foi avaliada através do método de análise de Bland e Atman.

RESULTADOS

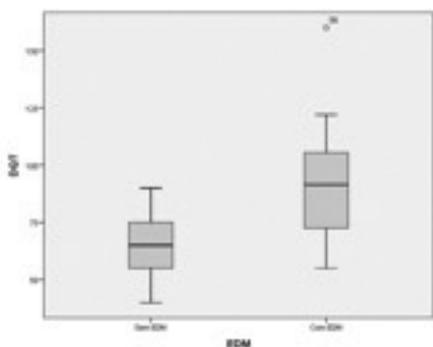
Os dados demográficos, clínicos e da dispersão do QT estão descritas na Tabela 1. Os valores de DQT e DQTc foram significativamente maiores ($p < 0,0001$) no grupo com EDM (Gráficos 1 e 2). Observou-se correlação positiva significativa entre o DQT e DQTc ($r = 0,439$; $p = 0,0005$ e $r = 0,463$; $p = 0,0002$, respectivamente) com HAM-D, ou seja, quanto maior a pontuação do HAM-D, maior o valor do DQT e DQTc (relação direta), independente da idade.

Tabela 1 - Dados demográficos, clínicos e da dispersão do intervalo QT

| | Sem EDM (n = 34) | Com EDM (n = 24) | Valor de p |
|---------------------------|------------------|------------------|------------|
| Idade (anos) | 49,9 ± 20,1 | 53,1 ± 17,7 | 0,42 |
| Frequência cardíaca (bpm) | 72,1 ± 10,2 | 76,1 ± 11,1 | 0,13 |
| MEEM (pontuação) | 27,9 ± 2,6 | 26,9 ± 2,2 | 0,28 |
| HAM-D (pontuação) | 5,1 ± 4,7 | 18,1 ± 3,2 | < 0,001 |
| DQT (ms) | 64,8 ± 2,3 | 89,9 ± 4,9 | < 0,001 |
| DQTc (ms) | 55,8 ± 2,5 | 83,9 ± 5,5 | < 0,001 |

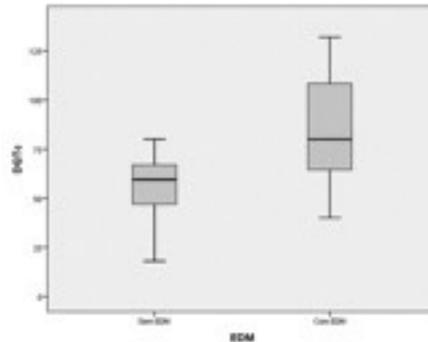
MEEM- Mini Exame do Estado Mental. HAM-D- Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton. DQT- Dispersão do intervalo QT. DQTc- Dispersão do intervalo QT corrigido pela frequência cardíaca.

Gráfico 1. DQT segundo o EDM ($p < 0,001$).



DQT- Dispersão do intervalo QT
EDM- Episódio Depressivo Maior

Gráfico 2. DQTc segundo o EDM ($p < 0,001$).



DQTc- DQT corrigido pela frequência cardíaca
EDM- Episódio Depressivo Maior

CONCLUSÃO

A DQT e DQTc foi significativamente maior nas mulheres durante o EDM e este aumento esteve diretamente ligado à gravidade do episódio, sugerindo distúrbio do SNA relacionada à depressão.

REFERÊNCIAS

- Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
- Dobbel F, Geest SD, Vanhees L, Schepens K, Fagard R, Vanhaecke J. Depression and the heart: a systematic overview of definition, measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2002;1:45-5.
- Rumsfeld JS, Ho PM. Depression and cardiovascular disease. A call for recognition. *Circulation* 2005;111:250-53.
- Piccirillo G, Viola E, Bucca C, Santagada E, Raganato P, Tondo A, Lucchetti D, Rocco M, Marigliano V. QT interval dispersion and autonomic modulation in subjects with anxiety. *J. Lab. Clin. Med.* 1999;133(65):461-68.
- Nahshoni E., Yaroslavsky A., Varticovski P, Weizman A., Stein D. Alterations in QT dispersion in the surface electrocardiogram of female adolescent inpatients diagnosed with bulimia nervosa. *Compe. Psychiatry* 2010;51(4):406-11.
- Batchvarov V, Malik M. Measurement and Interpretation of QT Dispersion. *Progr. Cardiovasc. Dis.* 2000;42:325-44.
- Malik M, Batchvarov VN. Measurement, Interpretation and Clinical Potential of QT Dispersion. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:1749-66.
- Higham PD, Hilton CJ, Aitchison JD, et al: Does QT dispersion reflect dispersion of ventricular recovery? *Circulation* 1992;86(suppl 1):I-392.

9. K. Wei, P. Dorian, D. Newman, A. Langer, Association between QT dispersion and autonomic dysfunction in patients with diabetes mellitus. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1995;26(4):859–63.

10. McFarlane A, Kamath MV, Fallen EL, Malcolm V, Cheriau F, Geoff N. Effect of sertraline on the recovery rate of cardiac autonomic function in depressed patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2001;142:617-23.

11. M. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh, "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J. Psychiatr. Res.* 12 (3) (1975) 189–198.

12- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994.

13. M. Hamilton, A rating scale for depression, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960(23)56–62.

14. J.B. Williams, A structured interview guide for the Hamilton depression rating scale, *Arch. Gen. Psychiatry* 45 (8) (1988) 742–747.

SEGUNDO LUGAR NO 10º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2013

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

O Daniel Cesar foi um residente muito estudioso e interessado. Esse trabalho se deve ao esforço do Daniel e seu entusiasmo em produzir ciência.

DR. MARCUS VINÍCIUS MOTTA VALADÃO DA SILVA
CRM 52 70826-7

O MÉDICO PREMIADO

Foi uma grande oportunidade ter participado dessa pesquisa sob orientação do Dr. Marcus Valadão durante minha residência no Instituto Nacional do Câncer. Desde os tempos de acadêmico sonhava em fazer residência nesta instituição.

O prêmio, em 2013, teve um valor enorme para mim. Em 2012, nosso trabalho havia sido selecionado entre os dez finalistas, mas não ganhamos o prêmio daquele ano. Ganhar no ano seguinte foi recompensador. Terminada a residência em cirurgia oncológica ingressei, em 2014, no programa de pós-graduação em pesquisa clínica no INCA, onde fui orientado pelo Dr. Carlos Gil na pesquisa dos Tumores Neuroendócrinos do Cólon e Reto. Em 2015, tive a felicidade de entrar para o corpo clínico do INCA como Cirurgião Oncológico. E no momento curso o Programa de Mestrado na UNIRIO em cirurgia minimamente invasiva.

Posso afirmar com convicção que o Prêmio de Residência médica do CREMERJ estimula a iniciação científica.

DR. DANIEL CESAR DE ARAUJO SANTOS

CRM 52 85620-7



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

ANALISE COMPARATIVA DOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS OBTIDOS NA EXCISÃO MESORRETAL TOTAL POR CIRURGIA ROBÓTICA, LAPAROSCÓPICA E ABERTA

Instituto Nacional do Câncer

RESIDENTE: Dr. Daniel Cesar de Araujo Santos

PRECEPTOR: Dr. Marcus Valadão

DESCRITORES: CIRURGIA ROBÓTICA - EXCISÃO MESORRETAL – TUMOR DE RETO/ TRATAMENTO CIRURGICO.

INTRODUÇÃO

A cirurgia minimamente invasiva, tanto laparoscópica quanto robótica, mudou o cenário do tratamento cirúrgico dos tumores de reto (TR). Precisão é a pedra angular das novas tecnologias na excisão mesorretal total (EMT), que hoje é o tratamento padrão ouro para os tumores reto estágio II e III. Na verdade, tanto a cirurgia robótica (CR) quanto à cirurgia laparoscópica (CL) podem promover uma ressecção mais precisa e anatômica dos tumores de reto do que as cirurgias abertas (CA). Devido à localização anatômica do reto na pélvis, uma precisa EMT é mais factível por instrumental mais versátil e preciso, fato este oferecido pela CR. A cirurgia baseada em preservação nervosa e funcional, associada à EMT não só melhora a qualidade de vida como também melhoram os resultados de recorrência local e mortalidade. No entanto, dúvidas ainda permanecem quanto à aplicabilidade da CR no tratamento dos TR. Isso se deve as dificuldades técnicas da laparoscopia, com elevadas taxas de conversão e maior acometimento da margem radial, lesão da fásia mesorretal e comprometimento do grau de ressecção do mesorreto. Acredita-se que CR possa superar as limitações da CL e CA nas EMT. O objetivo

desse estudo é esclarecer o impacto da CR nos resultados oncológicos do tratamento dos tumores de reto comparando com CA e CL.

MÉTODOS

Desde Janeiro de 2012 a CR vem sendo utilizada no departamento de cirurgia Abdomino-pélvica do Instituto Nacional do Câncer. De maio de 2012 a julho de 2013, 36 pacientes consecutivos submetidos à EMT por CR foram prospectivamente incluídos no estudo. Esse grupo foi comparado com uma corte retrospectiva de 200 cirurgias abertas e 41 laparoscópicas de novembro de 2002 a setembro de 2009. Todas as ressecções foram devido a adenocarcinoma histologicamente confirmados, com distância da margem anal até 15cm. Tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia foi oferecido para todos os pacientes com tumores clinicamente (T) ≥ 3 ou com linfonodos positivos. Todos pacientes com doença metastática foram excluídos. Os dados demográficos, operatórios, histopatológicos e seguimento pós-operatório foram analisados e comparados. Os resultados foram calculados com sistemas validados e foram estatisticamente analisados através do programa SPSS v17. Onde $P < 0,05$ foi considerado significante.

RESULTADOS

As características clínicas dos três grupos não tiveram diferença significativa (idade, sexo, IMC, tamanho, localização e estágio do tumor). Na CR e CL, o tempo até início da dieta e o tempo de internação foi menor quando comparados a CA. O tratamento neoadjuvante foi mais freqüente na CA e CL do que CR, porém sem significância estatística ($p=0,162$). Houve oito conversões no grupo da cirurgia minimamente invasiva, 6 casos na CL e 2 casos na CR. Não houve mortalidade pós-operatória nos três grupos.

Não houve diferença estatisticamente significante no tamanho do tumor, distância da margem proximal e distal, números de linfonodos ressecados e envolvimento da margem radial. Porém, quando analisados separadamente, a taxa de margem radial positiva foi significativamente menor na CR do que na CA e na CL ($p = 0,034$). Mais detalhadamente, a CR teve média de limite proximal de 12cm, limite distal de 5 cm e limite radial de 1,3cm, sendo apenas 1 (2,7%) positivo. Já a CL apresentou média de limite proximal de 17cm, limite distal de 4cm e limite radial de 0,6cm, sendo 4 (11%) positivos. Enquanto a CA apresentou média de limite proximal de 17,7cm, limite distal de 3,8cm e limite radial de 0,5cm, sendo 21 (13%) positivos. O grau de ressecção do mesorreto por CR, um dos fatores prognósticos mais importantes, também foi mais adequado. Em todos os 36 espécimes cirúrgicos o mesorreto foi classificado como Grau 3.

CONCLUSÃO

Naturalmente, nossa experiência com cirurgia aberta e laparoscópica é maior do que com a cirurgia robótica, considerando o número de pacientes operados pelas três técnicas e o tempo em que elas vêm sendo empregadas. Ainda assim, a qualidade do espécime ressecado foi melhor por cirurgia robótica. Houve menor incidência de margens positivas e maior distância média da margem radial, fatores claramente implicados no prognóstico e resultado oncológico do tratamento cirúrgico.

Porém, estudos prospectivos randomizados incluindo resultados oncológicos de longo prazo, custo e um número maior de pacientes são necessários para estabelecer os benefícios da cirurgia robótica no tratamento do câncer de reto.

TERCEIRO LUGAR NO 10º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2013

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Residente com postura exemplar tanto com os pacientes como com os médicos com quem trabalhava. Foi um R1 (residente de primeiro ano) acima da média e um R3 (residente de terceiro ano) que servia de exemplo para todos os demais colegas que chegavam no serviço. Estudioso, pró-ativo, sempre solícito.

Buscou por iniciativa própria a participação no evento do CREMERJ e de forma merecida teve seu trabalho reconhecido. Certamente, a Unidade Materno Fetal do Hospital Federal Servidores do Estado teve a honra de contribuir com a formação de um grande médico.

DRA. CAROLINA CARVALHO MOCARZEL
CRM 52 79877-0

O MÉDICO PREMIADO

Médico graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) 2011.

Ginecologista e Obstetra com Residência Médica pelo Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – MS (HFSE).

Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) – FEBRASGO Residente de Mastologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

DR. PAULO MAURICIO SOARES PEREIRA FILHO

CRM 52 91993-4



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

TRATAMENTO DE SUCESSO DE GESTANTE PORTADORA DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA HOSPITAL

Hospital Federal dos Servidores do Estado

RESIDENTE: Dr. Paulo Mauricio Soares Pereira Filho

PRECEPTORA: Dra. Carolina Carvalho Mocarzel

DESCRITORES: LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA – TRATAMENTO - GESTANTES

As neoplasias hematológicas representam 25% das malignidades que complicam as gestações, atrás do câncer de mama (26%) e do câncer de colo uterino (26%). As leucemias sincrônicas a gestação apresentam incidência aproximada de 1:75000 a 1:100000 casos. Na população não gestante 43% das leucemias são agudas e 41% são crônicas, entretanto, durante a gravidez 90% das leucemias são classificadas como agudas. Quanto à linhagem de origem, pode-se dizer que 68% são mielóide (sendo 61% aguda e 7% crônica) e 31% são linfóide (sendo 28% aguda e 3 % crônica).

Este trabalho tem como objetivo relatar o seguimento de gestante de 38 anos com 24 semanas de idade gestacional com passado de carcinoma ductal infiltrante de mama tratada com quimioterapia neoadjuvante, mastectomia, esvaziamento axilar e radioterapia há 5 anos que foi internada em nosso serviço com gengivorragia e anemia à esclarecer. À admissão, a análise do sangue periférico pela hematologia revelou Hematócrito de 17,3%, 14000 plaquetas e 21% de blastos. Foi realizado mielograma que mostrou medula tendendo à hiperplasticidade, displasia do setor eritroide e setor linfóide displásico com 30% de blastos. A principal hipótese diagnóstica foi mielodisplasia de alto grau evoluindo para leucemia linfocítica aguda (LLA). À imunofenotipagem foram observados

48,6% de células blásticas de origem linfóide T. Associou-se o desenvolvimento dessa neoplasia ao fato da paciente já ter sido exposta a radioterapia, o que representa um fator de risco importante na sua gênese.

O caso foi amplamente discutido entre as equipes de hematologia, obstetrícia, neonatologia e a paciente, havendo sido expostos os riscos e benefícios do imediato início da terapia. Foi oferecida à mesma a opção pela interrupção da gravidez ou início do tratamento quimioterápico ainda gestante com resolução da gestação com idade gestacional segura de acordo com a capacidade da UTI neonatal. Foi explicado que a demora no tratamento da LLA pode afetar negativamente o prognóstico materno, entretanto, a quimioterapia pode provocar uma série de complicações fetais, quando utilizada durante a gestação. Foi decidido em comum acordo o início precoce do tratamento com manutenção da gestação.

Iniciou-se um esquema adaptado de tratamento quimioterápico para indução de remissão com prednisona 100mg/dia por 28 dias, vincristina 1 mg e mitoxantrona 10 mg semanais, durante 4 semanas, visto que seria mais seguro para o feto que estava no segundo trimestre. Foi realizado também suporte para as complicações da quimioterapia, como neutropenia febril,

síndrome de lise tumoral e diabetes. A cesariana foi realizada eletivamente com 30 semanas após o fim da fase de indução da remissão da quimioterapia, com nascimento de RN masculino, pesando 1970g, com apgar 8 e 9. No puerpério foram realizados ciclos de quimioterapia com L-asparaginase e metrotexate. No momento, 12 semanas após o parto, a paciente mantém tratamento quimioterápico e ocorreu remissão da doença.

As leucemias agudas são extremamente agressivas, devendo ser tratadas o mais brevemente possível com a quimioterapia, independentemente da idade gestacional. Ainda atualmente, sem tratamento, a sobrevida nesses casos gira em torno de alguns meses. Atrasos no início do tratamento podem impactar negativamente o prognóstico materno. Entretanto utilização de quimioterápicos durante a gestação esta associada a desfechos fetais desfavoráveis. O tratamento da LLA em gestantes baseia-se na idade gestacional. Pacientes diagnosticadas no primeiro trimestre devem receber aconselhamento para encerrar a gestação e iniciar o regime de quimioterapia. Casos de LLA descobertos no terceiro trimestre devem ser abordados como em pacientes não gestantes. Quando o diagnóstico é realizado no segundo trimestre pode-se considerar: Idades gestacionais inferiores a 20 semanas devem ser abordadas como primeiro trimestre. Após 20 semanas de gestação utilizam-se protocolos de quimioterapia modificados, que servem como "pontes" até que o terceiro trimestre seja atingido e então se realize o tratamento adequado.

Além do tratamento quimioterápico é fundamental a completa integração entre as equipes de obstétrica, neonatologia, hematologia e psicologia para suporte e acompanhamento da paciente. Pelo fato de ser rara na gestação, ainda faltam estudos sobre protocolos de tratamento da LLA em grávidas, devendo-se individualizar a abordagem de cada paciente.



11º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2014

PRIMEIRO LUGAR NO 11º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2014

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Mariana foi residente dedicada e comprometida com seus deveres. Excelente médica e pessoa de bom coração, amiga e companheira de todos os momentos. Com excelente formação técnica e humana trilhou os dois anos de Residência com desenvoltura e afinco. É lembrada pelos pacientes, funcionários e colegas do hospital como pessoa responsável e preocupada com o bem estar de todos. Estudiosa e interessada pelo desenvolvimento científico participou de diversos projetos, incluindo o que foi apresentado e premiado pelo CREMERJ (primeiro lugar no Prêmio de Residência Médica do ano de 2014). Atualmente é pneumologista competente e segue os passos da produção científica no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UERJ.

DR. THIAGO THOMAZ MAFORT
CRM 52 82866-1

A MÉDICA PREMIADA

Mariana Carneiro Lopes, nascida em 11/06/1985 em Petrópolis, desde 1988 no Rio de Janeiro.

Conclui a graduação em medicina na Universidade Federal Fluminense em 2010, a seguir fez a residência em clínica médica no Hospital dos Servidores do Estado entre 2011-2013. Entre 2013-2015 fez a residência médica em pneumologia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Neste período participei duas vezes do prêmio de residência médica com trabalhos selecionados entre os 10 primeiros, sendo premiado no ano de 2014 em primeiro lugar, além de congressos regionais, brasileiros e americano de pneumologia. No momento estou matriculada no programa de pós graduação de ciências médicas – mestrado da UERJ.

DRA. MARIANA CARNEIRO LOPES

CRM 52 89015-4



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

TORACOCENTESE E BIÓPSIA PLEURAL GUIADAS POR ULTRASSONOGRAFIA TORÁCICA EM PACIENTES DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Hospital Universitário Pedro Ernesto

RRESIDENTE: Dra. Mariana Carneiro Lopes

PRECEPTOR: Dr. Thiago Thomaz Mafort

DESCRITORES: TORACOCENTESE – BIÓPSIA PLEURAL – ULTRASSONOGRAFIA TORÁCICA

INTRODUÇÃO

O uso da ultrassonografia torácica aprimorou o manejo dos pacientes com doenças pleurais, permitindo uma avaliação dinâmica, ausência de radiação, portabilidade e menor taxas de complicações, entre elas principalmente o pneumotórax. Também apresenta melhor sensibilidade na detecção de derrame pleural quando comparado à radiografia de tórax. Porém, é um método diagnóstico operador dependente e de limitada janela acústica (espaço intercostal).

Nosso objetivo é relatar uma série de casos de paciente encaminhados para o setor de doenças pleurais abordados com ultrassonografia, toracocentese e por vezes biópsia pleural e o rendimento desses procedimentos.

MÉTODOS

Foram avaliados X doentes no período de julho de 2013 a julho de 2014. Todos realizaram ultrassonografia torácica por residentes do setor de pneumologia do HUPE sob orientação de staffs com marcação do local para punção imediatamente antes do procedimento. Os pacientes com imagem sugestiva de derrame pleural com menos de 2 cm de distância entre subcutâneo e pleura visceral foram excluídos.

RESULTADOS

No total foram realizadas 53 toracocenteses, todas precedidas de US torácico. 31 pacientes eram masculinos e 22 eram femininos. A média da idade foi de 52,7 anos, variando de 23 a 91 anos. 35 pacientes foram submetidos a toracocentese + biópsia pleural. A biópsia não foi realizada nos demais pacientes ou por intolerância ao procedimento, ou pela ausência de líquido livre (evidenciada pelo US pré procedimento) ou por presença de alteração na coagulação.

O procedimento (toracocentese + biópsia) propiciou diagnóstico em 23 pacientes. Nos 18 pacientes que não realizaram biópsia, apenas 3 obtiveram diagnóstico, sendo naqueles que foram submetidos somente à toracocentese foi evidenciado diagnóstico de tuberculose nos 3. Em 15 pacientes o resultado foi inconclusivo.

Já nos pacientes que foram submetidos à toracocentese + biópsia pleural com agulha de Cope foi evidenciado diagnóstico de TB em 14, neoplasia em 9 e em 12 pacientes o resultado foi inconclusivo.

DISCUSSÃO

A ultrassonografia de tórax pré procedimento de toracocentese e biópsia pleural é uma ferramenta

útil no diagnóstico e propedêutica do paciente com derrame pleural. Conforme observado em nossos pacientes, pudemos reduzir o risco da radiação ao excluirmos do nosso protocolo a radiografia de tórax antes e após procedimento. Muitas vezes o doente chegava ao serviço com radiografia não compatível com a USG realizada em tempo real, evitando dessa forma procedimentos desnecessários e até mesmo de risco ao paciente. Também passamos a dispor da análise ultrassonográfica pós procedimento, principalmente visando excluir a presença de pneumotórax através da observação de "lung sliding", linhas B, "lung pulse" e "lung point". Além dessas vantagens, pudemos aumentar o número de biópsias pleurais com agulha de Cope, o que aumentou consideravelmente o rendimento diagnóstico, quando comparamos com os exames realizados apenas com toracocentese.

CONCLUSÃO

A ultrassonografia de tórax é um exame de fácil realização técnica, porém examinador dependente. Reduz os riscos de pneumotórax inerentes ao procedimento, assim como a exposição à radiação, aumenta o número de exames com biópsia pleural o que leva ao diagnóstico mais rápido dispensando outros métodos mais invasivos.

SEGUNDO LUGAR NO 11º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2014

COM A PALVRA A PRECEPTORA

Helena Ferraz é médica residente do terceiro ano do Programa de Medicina de Família e Comunidade da UERJ. Helena, a Dra. Helena como é chamada por seus pacientes e por sua equipe sempre se destacou pelo compromisso e dedicação incansável aos seus pacientes.

Como médica residente de Medicina de Família possui todos os atributos esperados da mesma, acessível, disponível, com excelente capacidade técnica, capaz de avaliar a pessoa como um todo, cuidando de sua sua família e das relações no seu entorno. Faz isso com muito destaque e com um coração que acredita nas mudanças positivas em seus paciente, assim como compartilha sua dor.

Esse prêmio foi extremamente merecido porque ao aplicar ferramentas disponíveis no seu cotidiano profissional, sua atenção e sua capacidade técnica pode mudar a vida do seu paciente, apoiando-o em todos os momentos necessários.

DRA. MARCELE BOCATER PAULO DE PAIVA
CRM 52 71137-3

A MÉDICA PREMIADA

Helena Fernandes Ferraz, mãe da Amora, residente do terceiro ano de Medicina de Família e Comunidade pela UERJ, atualmente médica da Equipe Salgueiro. Me formei pela UFRJ e passei a amar a medicina depois do meu internato eletivo em Manguinhos, com minha atual preceptora Marecele Paiva, que me fez ver pela primeira vez como é fundamental a medicina centrada na pessoa.

Espero que um dia nossa formação médica traga como base o paradigma biopsicossocial.

DRA. HELENA FERNANDES FERRAZ

CRM 52 95793-3



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

RELATO DE CASO: IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO NO MANEJO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

RESIDENTE: Dra. Helena Fernandes Ferraz

PRECEPTORA: Dra. Marcele Bocater Paulo de Paiva

DESCRITORES: TRANSTORNO DE ANSIEDADE – SAÚDE MENTAL – MANEJO CLÍNICO

INTRODUÇÃO

Não há saúde sem saúde mental. É com essa frase e sabendo que o cuidado da saúde mental em atenção primária é estratégico com o objetivo não só de controle dos sintomas mas de estimular a vida e a saúde do paciente, que iniciamos nosso trabalho.

Os transtornos de ansiedade são hoje os mais comuns dentre os transtornos psiquiátricos (aproximadamente 29% sendo seguido dos transtornos de humor). As crises de ansiedade são consideradas transtornos quando prejudicam o funcionamento da pessoa.

O transtorno de pânico são ataques de grave ansiedade que não estão relacionados a circunstâncias específicas e são imprevisíveis.

A terapêutica não medicamentosa para os transtornos de ansiedade se torna de extrema importância e tem como foco principal o estabelecimento de vínculo com o paciente, abordar questões precipitadoras do quadro, eliminar estimulantes, atividade física e terapia psico-comportamental. Já a terapêutica medicamentosa também se mostra eficaz associada à não-medicamentosa e tem como primeira escolha os inibidores seletivos da recapitação de serotonina, sendo os

benzodiazepínicos para associação inicial e uso de curta duração.

Esse trabalho então conta sobre H.F.N.71 anos, alemão, veterano de guerra, há 16 anos com diagnóstico de síndrome do pânico e em uso de altas doses de benzodiazepínicos e opióides sem acompanhamento médico adequado e há anos afastado dos sistemas de saúde.

Tem como objetivo mostrar a importância de ver o paciente em sua integralidade, e como é essencial o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e paciente para boa resposta a psicoterapia.

RELATO DO CASO

Em novembro de 2013, H.F.N procurou o serviço de saúde CMS-Heitor Beltrão para renovação de receita a partir da sua esposa, I.R. dizendo que o mesmo se negava a ver médicos e estava há semanas sem sair de casa. Ao invés de uma simples troca de receita, foi feita uma visita domiciliar para melhor entender o caso. Fazia uso de 24mg de Bromazepam e 60mg de midazolam para dormir.

Após visitas domiciliares frequentes o paciente passou a aceitar nossas consultas. Com apoio da esposa mantivemos o Bromazepam e o midazolam foi suspenso.

Três semanas após primeiro contato o paciente apresentou quadro diarréico com desidratação leve. Foi tratado como gastroenterite com melhora importante do quadro.

Passou a sair de casa para atividades leves. No fim do ano viajou para Holanda para visitar a família.

Voltou de viagem em nova crise de pânico e com novo quadro diarréico dias após sendo prontamente tratado com sintomáticos apresentando melhora rápida do quadro. Parou novamente de sair de casa por 1 mês. Tentado acordo com o paciente de iniciar Sertralina mas o mesmo se mostrou contra. Nesse período estávamos sem psiquiatra na unidade e paciente se mostrava contrário a ver qualquer profissional de fora.

Dois meses após paciente teve novo quadro diarréico grave, mais de 20 episódios/dia, muitos vômitos, prostrado, força reduzida, dificuldade de deambulação, sem sangue, muco ou pus nas fezes. Vimos a necessidade de exames laboratoriais de urgência e hidratação venosa porém o paciente negava qualquer chance de ida à emergência de hospital. Acordamos então tratamento na própria unidade com coleta laboratorial particular. Apresentava hiponatremia com sódio de 125mEq/ml, restante do laboratório sem alterações.

Visita domiciliar no dia seguinte com paciente ainda muito prostrado, porém melhor que dia anterior, ainda negando qualquer possibilidade de ida ao hospital. Retornamos à unidade para nova hidratação venosa e sintomáticos endovenosos.

No terceiro dia o paciente já estava se alimentando e sem vômitos ou diarreia. Feita nova coleta laboratorial em casa com sódio normal.

Nesse momento o vínculo entre paciente e equipe foi extremamente fortalecido.

Importante ressaltar que durante a investigação foi excluída qualquer alteração laboratorial além da hiponatremia e a pesquisa de sangue oculto foi negativa.

Chegamos à conclusão que as crises diarréicas estavam associadas a descompensação das

crises de ansiedade, nos levando então ao diagnóstico de síndrome do intestino irritável.

Controle das crises só sendo possíveis com conhecimento da pessoa em foco.

História de vida do paciente:

H.F.N nasceu na Alemanha em 08/05/1943, quando seus pais, judeus, estavam presos em um campo de concentração. Dois dias após seus nascimento seus pais foram mortos e ele levado para um abrigo de crianças órfãs, onde estudava e trabalhava e onde ficou até os 18 anos. Com 18 anos eles eram adotados por fazendeiros e obrigados a realizar trabalho forçado. Quando estava indo para uma fazenda fugiu.

Na França se alistou na Legião Estrangeira, virou apátrida e foi servir na África (Argélia, Congo, Nigéria), muitas vezes contra os próprios alemães. Recebia bem por isso e se formou em primeiro da turma como engenheiro mecânico na Universidade de Paris.

Voltou para Alemanha já formado Quando conheceu a sua ex esposa R.N., com quem teve 4 filhos. Tem 5 netos.

Seus sintomas de medo e pressentimentos ruins começaram há 16 anos quando a R.N. falava pra ele que precisavam ir à casa da filha mais nova e ele não podia pois estava trabalhando. No aniversário da mesma filha quando estava tendo uma festa na casa dela, ele estranhou a ausência do neto e quando o encontrou ele estava desacordado e com muitos sinais de espancamento. A filha e o genro foram presos e os "reis" passaram o pátrio poder do neto H.F.N. e sua ex-esposa.

Começou a trabalhar no Brasil, em Fortaleza há 10 anos. Conheceu a sua atual esposa, I.R. no Rio há 5 anos com quem está casado até hoje

Após conhecer a história do paciente o vínculo aumentou. Focamos na escuta ativa e passamos a procurar mecanismos de resiliência na sua fala. Estimulamos o paciente a sair de casa todos os dias para realizar atividade física e a redução dos estimulantes que o cercavam (mais de 1 litro de café, 2 maços de cigarro por dia,

programas da época da guerra). Iniciamos em comum acordo com o paciente Sertralina e tentamos por algumas vezes a retirada gradual do bromazepam, sendo essa ultima falha, com graves sintomas de abstinência, até a chegada do psiquiatra Hélio na unidade que nos orientou e nos ajudou na retirada do benzodiazepínico.

Paciente passou a fazer exercícios diários, parou de fumar, trocou o café por chá, iniciou a Sertralina e conseguimos reduzir a medicação com retirada de 1,5mg de Bromazepam a cada 2 meses. Fazia uso de anlodipino 5mg, hidroclorotiazida 25mg e propranolol 160mg, sendo retirados com controle satisfatório da pressão e mantido propranolol 80mg/dia.

Está há 8 meses sem crises moderadas ou graves, com redução do bromazepam para 18mg, fazendo exercícios diários, indo à unidade de saúde para consultas, aceitando ser atendido por outros profissionais da estratégia.

CONCLUSÃO

Percebemos a partir desse e de outros casos que o modelo biomédico vigente hoje não dá suporte ao paciente para que esse supere sua doença. Conhecer a história da doença, sua evolução, que é diferente em cada individuo, e o próprio paciente a fundo é a chave para junto a ele superar o transtorno. Devemos descobrir os mecanismos de resiliência de cada um e criar uma forte rede de apoio e confiança.

REFERÊNCIAS

Duncan, Bruce B. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências

Gusso, Gustavo e Lopes, José Mauro Ceratti Lopes. Tratado de Medicina de Família e Comunidade

Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental nº 34

TERCEIRO LUGAR NO 11º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2014

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

A médica residente Dominique Fuser, desde seu ingresso no Serviço de Medicina Nuclear, demonstra contínuo interesse pelo aprendizado profissional, bom relacionamento com seus pares e tamanha dedicação e seriedade na prestação de assistência aos pacientes do Instituto. Muito nos alegrou sua premiação durante o Concurso.

Certamente, merecedora do mesmo.

DR. LUIZ DE SOUZA MACHADO NETO

CRM 52 69313-8

A MÉDICA PREMIADA

Dominique Fuser é atualmente residente do terceiro ano de Medicina Nuclear do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Acompanha seu pai na área desde que entrou para faculdade de medicina na Universidade Estácio de Sá em 2008.

Entusiasmada com o mundo inovador e pouco conhecido da Medicina Nuclear, Dominique sempre buscou difundir a especialidade e promover a interação com outras áreas da medicina.

DRA. DOMINIQUE COCHAT FUSER

CRM 52 98760-3



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA DE 177LU-DOTATATO EM PACIENTES COM TUMORES NEUROENDÓCRINOS

Instituto Nacional do Câncer

Residente: Dra. Dominique Cochat Fuser

Preceptor: Dr. Luiz de Souza Machado Neto

DESCRITORES: TUMORES NEUROENDÓCRINOS – AVALIAÇÃO

Os tumores neuroendócrinos (TNE) formam um grupo de tumores relativamente raro e extremamente heterogêneo, essencialmente caracterizados por seu metabolismo endócrino e padrão histológico distinto. Devido ao seu crescimento lento, as manifestações clínicas podem ser ausentes no início da doença tornando os TNEs um desafio aos médicos, não somente para o seu diagnóstico, como também para o tratamento precoce. Podem ocorrer em qualquer órgão, porém os mais frequentes são o sistema gastroenteropancreático (GEP) e pulmões (TNE broncogênico). Outros tumores que apresentam afinidade com análogos da somatostatina são paraganglioma, feocromocitoma, câncer medular de tireoide (CMT) e câncer diferenciado de tireoide refratário ao radioiodo.

O tratamento ideal do TNE é a ressecção cirúrgica com intuito curativo, ou redução da carga tumoral, porém devido às suas características, a maior parcela dos pacientes tem doença avançada ao diagnóstico. Cabe ressaltar que a quimioterapia citotóxica ou radioterapia externa requerem um alto índice de proliferação celular portanto não são eficazes nestes tumores de crescimento lento. Para o controle sintomático da doença, tratamento com análogos da somatostatina tem se mostrado eficaz para estes pacientes.

Uma nova ferramenta promissora para os pacientes com TNEs irresssecáveis e/ou metastático, é a terapia com análogos de somatostatina (octreotato) marcados com radionuclídeos emissores β (beta) como 177-lutécio (177Lu). Respostas objetivas já foram documentadas com melhora na sobrevida. Contudo ainda não há um protocolo definitivo com relação ao melhor momento do início do tratamento com peptídeo marcado com radionuclídeo.

Material e métodos: Foram tratados 56 pacientes (19 homens e 37 mulheres). Quarenta e quatro com diagnóstico de TNE, 8 de CMT, 3 de paraganglioma e 1 tumor mucoepidermóide do timo.

Os critérios de inclusão são: TNE com baixa taxa de proliferação (Ki67 < 20%); cintilografia com análogo da somatostatina (Octreoscan) apresentando captação no tumor maior que no parênquima hepático; lesões hepáticas metastáticas maiores que quatro centímetros (vistas na tomografia computadorizada); doença metastática inoperável; hemoglobina ≥ 8 g/dL; leucócitos $\geq 3000.106/L$; plaquetas $\geq 75000.106/L$; taxa de filtração glomerular (TFG) ≥ 40 mL/min.

Os critérios de exclusão relativos foram: taxa de filtração glomerular < 40 mL/ml; performance

Status (Karnofsky) <60; e absolutos: lactação e gravidez suspeita ou confirmada, bem como, os pacientes que se recusaram a participar do tratamento proposto.

Foram administrados 4 ciclos de 7,4GBq de ¹⁷⁷Lu-Octretato e infusão prévia de solução de aminoácidos, como medida de renoproteção, com intervalo de 6 a 8 semanas. Foram adquiridas imagens pós-terapêuticas após cada ciclo. Foram realizados avaliação da função renal, bem como avaliação hematológica antes de cada ciclo, para avaliação de toxicidade renal ou medular.

Para o acompanhamento hematológico e da função renal foram realizados exames laboratoriais 15 dias e 1 mês após o tratamento, e imediatamente antes do próximo ciclo.

A avaliação de resposta foi realizada com exames de imagem convencionais (Tomografia computadorizada ou ressonância magnética) ou tomografia por emissão de pósitrons (PET/CT), após 6 meses da terapia. Os critérios adotados foram: resposta mínima - redução de 25-50% das lesões alvo; resposta parcial - 50-70%; resposta completa >75%; doença estável ou progressão. Quando avaliado por PET/CT a captação pelo ¹⁸F-FDG foi considerada progressão de doença.

Resultados: Dos 56 pacientes que iniciaram o tratamento, 28 tiveram seus resultados consolidados e descritos neste estudo: resposta completa 2%, resposta parcial 28%, resposta mínima 15%, doença estável 35% e progressão 20%.

Não foram observados efeitos colaterais limitantes ou graves, sendo os principais efeitos colaterais observados: alterações hematológicas agudas, revertidas espontaneamente e perda de cabelo transitória. Não houve alteração da função renal dos pacientes estudados.

Conclusões: Pode-se observar que esta modalidade terapêutica é segura e eficaz, com poucos efeitos adversos, respeitando-se os cuidados de proteção renal.

A resposta objetiva da terapia radionuclídica foi observada em 46% dos pacientes. Houve aumento da sobrevida e controle de sintomas clínicos e, mais importante, melhora da qualidade de vida.

É importante ressaltar que este tipo de tratamento requer uma equipe multidisciplinar, devendo ser realizado em centros especializados para acompanhamento de longo prazo.

JORNAL DO

NOVEMBRO DE 2015 • Nº 290

PUBLICAÇÃO OFICIAL DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CREMERJ

**O ANO SERÁ NOVO, MAS A LUTA
PELA QUALIDADE NA SAÚDE
SEGUIRÁ FORTE COMO SEMPRE FOI.**

**FELIZ NATAL E UM
2016 MARAVILHOSO!**



2016

2015

**12º PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA 2015**

PRIMEIRO LUGAR NO 12º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2015

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Sou o preceptor de José de Assis, médico residente que recebeu o primeiro lugar no concurso do CREMERJ no ano 2016.

O residente José Assis é um joven médico que decidiu se especializar em medicina da família e comunidade seguindo um ideal de se aproximar do ser humano de forma onde a arte do cuidado seja o foco central do trabalho médico, desde o início o José de Assis se destacou pela responsabilidade e pela capacidade de estudo exigido na residência. Ele se destacou pela liderança no cuidado das pessoas e pelo equilíbrio entre o bom uso da tecnologia e a humanidade que é um dos fundamentos da medicina.

Na nossa especialidade onde os aspectos sociais são muito sensíveis o José de Assis inicia uma carreira que lhe renderá muitos bons frutos.

DR. GARCIA ALEJANDRO VERGARA FIGUEROA

CRM 52 79311-6

O MÉDICO PREMIADO

“Graduado em Medicina na Universidade Iguazu - Campus V, especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Hospital Universitário Pedro Ernesto, cursando Administração em Saúde (R3) pela mesma instituição.

Vem desenvolvendo como foco de seus estudos a Atenção Primária à Saúde, a Saúde Pública, a Medicina de Família e Comunidade, o Método Clínico Centrado na Pessoa e o acompanhamento longitudinal das doenças crônicas (transmissíveis e não transmissíveis).”

DR. JOSÉ DE ASSIS E SOUZA JÚNIOR

CRM 52 93224-8



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

ABORDAGEM DA FAMÍLIA CONVIVENDO COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PELO RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

Hospital Universitário Pedro Ernesto

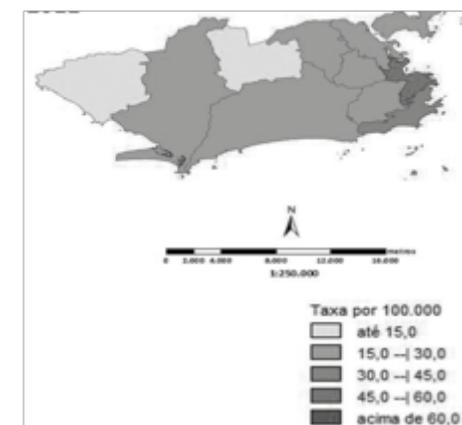
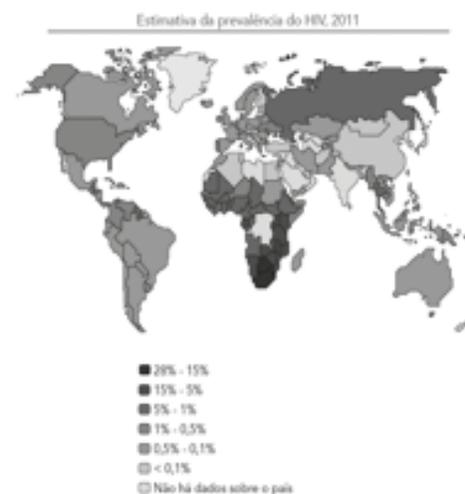
RESIDENTE: Dr. José de Assis e Souza Júnior

PRECEPTOR: Dr. Garcia Alejandro Vergara Figueroa

DESCRITORES: HIV – ATENÇÃO PRIMÁRIA – TRATAMENTO – MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O município do Rio de Janeiro apresentou nos últimos anos uma tendência de queda em relação à taxa de incidência dos casos de AIDS, chegando a 16,7 por 100.000 habitantes. Quando observamos a distribuição das taxas de incidência pelas áreas de planejamento do município,

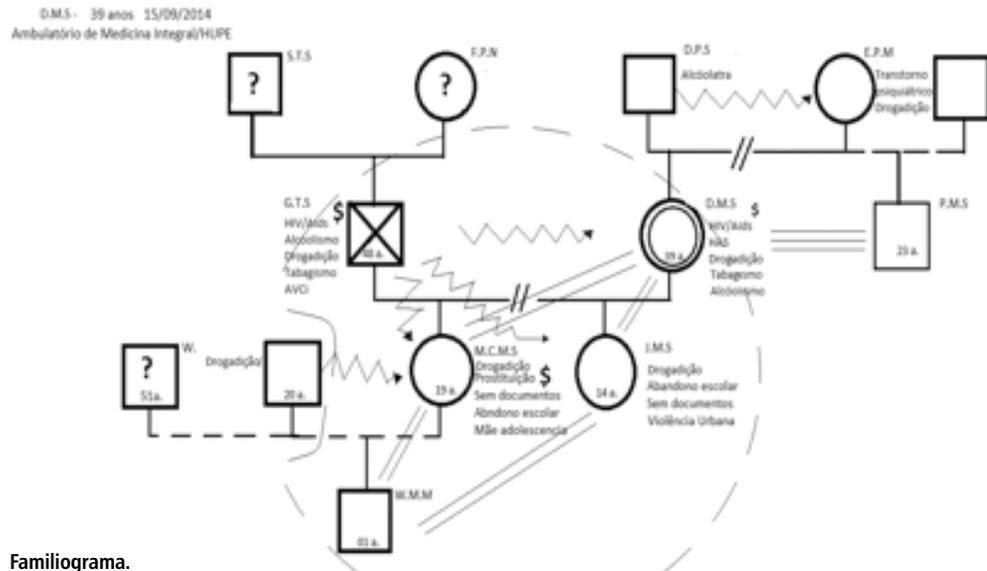
chama à atenção as altas taxas apresentadas pelo Centro, com uma incidência três vezes maior que a taxa municipal, 71,8 por 100.000 habitantes. O país tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em **situação de vulnerabilidade**.



O relato será de uma família nuclear simples, moradores do Morro da Coroa, comunidade de alta vulnerabilidade no centro da cidade do Rio de Janeiro, convivendo com problemas de abuso de drogas, violência física e o diagnóstico de HIV dos progenitores, com uma abordagem centrada na pessoa (os seis passos do método clínico centrado na pessoa: explorando a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; incorporando prevenção e promoção de saúde; intensificando o relacionamento entre a pessoa e o médico; sendo realista), usada para aconselhamentos, diagnóstico, tratamento, em consultas individuais e conjuntas entre os

familiares, além de consultas multiprofissionais, visitas domiciliares e busca ativa. O uso de ferramentas como o genograma, a planilha de intervenção sistemática em reuniões de equipe, a escala de risco de Coelho e Savassi.

Senhor G.T.S, 48 anos, morador da comunidade do Morro da Coroa/RJ (habitação com pouca higiene e infraestrutura física), trabalhador informal, em união estável com D.M.S 39 anos, com quem tem duas filhas J.M.S 14 anos e M.C.M.S 19 anos (mãe de W.M.M 1 ano). Família cadastrada na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Sérgio Vieira de Mello, sem nunca terem procurado atendimento até o início do adoecimento dos pais.



Em maio/2014 Sr. G.T.S procura a UBS apresentando quadro de febre diária, perda ponderal, inapetência, hiporexia, náuseas, candidíase oral e linfonomegalia cervical, refere tabagismo, ser adicto e relações sexuais com múltiplas parceiras sem uso de preservativo. Realizado acolhimento e oferecido teste para HIV, junto ao aconselhamento pré-teste e pós-teste. Diagnosticado quadro de HIV/AIDS. Solicitado que toda família realize o

teste, com diagnóstico positivo para HIV da Sra. D.M.S, também adicta e portadora de H.A.S.

Após recebem o diagnóstico do HIV, não retornam em consultas agendadas. Realizado busca ativa no domicílio (visita domiciliar) onde foi encontrado em situação de péssimos cuidados o Sr. G.T.S, ainda mais debilitado, sendo internado no Hospital Universitário Pedro Ernesto com as seguintes complicações: AVEi e

esporotricose disseminada. Inicia-se então as visitas hospitalares (desde a enfermaria até a internação em UTI e falecimento).

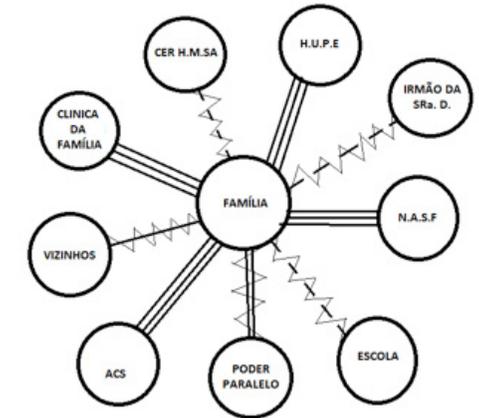


"The Doctor", 1891; Samuel Luke Fildes (1844-1927), Óleo sobre tela, Galeria Tate (Londres).

A equipe prepara toda família para essa nova crise paranormativa (incluindo a possibilidade de morte do pai internado), trabalhando o cuidado dos familiares incluindo uma postura de redução de danos, buscando resgatar a cidadania (regularizar a documentação e retorno das adolescentes a escola) e tratamento da genitora.

Após a morte do progenitor percebe-se o fortalecimento das mulheres da família em busca de um cuidado comum, a saúde da Sra. D.M.S e o cuidado do neto W.M.M.

O uso da planilha de intervenção sistemática e ecomapa ajudaram a equipe a visualizar o vulnerabilidade e necessidade da equipe multidisciplinar em atuar por diversas frentes de atendimento.



Ecomapa.

Planilha de Intervenção Sistemática.

| Componente | Análise situacional | Seleção dos problemas/priorização | Metas | Responsável |
|---|---|---|--|---|
| FAMÍLIA Família mononuclear c/ pais separados, mas coabitando juntos. Duas filhas adolescentes, sendo uma mãe. Apresentam história de violência sexual, adicção e infecção pelo vírus HIV. | Família passando por dificuldades financeiras após diagnóstico de HIV dos progenitores, filhas não apresentam documentação e abandono de escola. Pai internado em CTI com prognóstico reservado. Mãe encontrando dificuldades emocionais para lidar com a situação. | | Benefício/INSS/ Bolsa Família Documentação (CT, RG, CPF) Creche/Escola Acompanhamento biopsicossocial | ACS Assistente Social / NASF Conselho Tutelar Médico Enfermagem |
| PAI 48a. Internado em CTI, caso de Aids, adicto, relação de violência sexual com esposa (situação e breve descrição da pessoa, suas relações afetivas intrafamiliares, problemas de saúde, aspectos relevantes) | Diagnóstico recente de HIV/ Aids. Encontra-se internado em CTI c/ prognóstico reservado, sofreu AVCi e encontra-se c/ hemiplegia D. Sem grandes perspectivas de uma vida funcional. | HIV/Aids Tabagismo AVCi Hemiplegia Drogadição | Realizar exames p/ HIV/Aids Iniciar TARV Acompanhar internação junto ao HUPE | |

| Componente | Análise situacional | Seleção dos problemas/priorização | Metas | Responsável |
|---|--|---|--|---|
| MÃE 48a. Internado em CTI, caso de Aids, adicto, relação de violência sexual com esposa (situação e breve descrição da pessoa, suas relações afetivas intrafamiliares, problemas de saúde, aspectos relevantes) | Diagnóstico de HIV/Aids. Encontra-se desempregada, vem abusando do uso de maconha, cocaína e álcool. Encontra-se em estado de choque com a situação do marido e teme o mesmo fim dele. | HIV/Aids Tabagismo HAS Drogadição Desemprego | Realizar exames p/ HIV/Aids Iniciar TARV Diminuir danos Acompanhamento psicológico Coleta de exame citopatológico Benefício de Prestação continuada | Médico Enfermagem Psicólogo/NASF |
| Primogênita, 19 a. Mãe adolescente e adicta. | Adolescente vem usando maconha, abandonou escola, se relaciona com homem mais velho que lhe dá dinheiro. | Drogadição Abuso/violência Falta documentos Abandono escolar | Realizar sorologia p/ HIV Acompanhamento psicológico | Médico Enfermagem Assistente Social/ Psicólogo/NASF |
| Filha mais jovem 14a. Abandono escolar e adicta. | Adolescente vem usando maconha, abandonou o ambiente escolar, não apresenta perspectivas. | Falta documentos Abandono escolar | Realizar sorologia p/ HIV Acompanhamento psicológico | Médico Enfermagem Assistente Social/ Psicólogo/NASF |
| Neto 01a. Características do Domicílio Casa em péssimo estado de conservação (teto c/ buracos, único foco de luz elétrica), presença de animal doméstico (forte cheiro de fezes e urina). | Baixo peso, problema respiratório. | Má conservação Má higiene local | Consulta médica. Creche Orientações de higiene do lar. Organização do lar para se tornar ambiente mais salubre. | Médico Enfermagem Assistente Social/ NASF ACS Enfermagem Médico Assistente Social/NASF |

O vínculo ao médico de família foi diferencial em uma crise acidental, não esperada, para compreender a mudança do ciclo de vida dessa família, o surgimento de uma doença e o impacto entre seus membros, ajudando nessa fase de transição onde a família é desafiada a estruturar um novo pacto entre eles.

Os resultados estão sendo alcançados diariamente, da adesão da terapia antirretroviral, o entendimento da nova dinâmica familiar com a

ausência do pai e principal provedor financeiro e a redução de danos em relação ao uso de drogas.

REFERÊNCIAS:

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV no adulto – 2013 – MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais;

Boletim epidemiológico DST/Aids, Rio – 2013 - SMS-RJ/SUBPAV/SAP;

Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV adulto – 2013 – MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais;

Tratado de Medicina de Família e Comunidade – 2012 – Gusso e Lopes;

Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico – 2010 – Moira Stewart et al.

SEGUNDO LUGAR NO 12º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2015

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

A Rafaela foi orientada por mim sempre demonstrando muito empenho e energia na realização do Trabalho. Foi muito gratificante ver o resultado vencedor do mesmo, porém é mais gratificante ainda vivenciar junto a estes Jovens cirurgiões em suas contagiantes energias e buscas por conhecimento.

Rafaela é uma residente sempre disposta a aprender e produzir ciência, em busca de novos e melhores métodos de tratamento aos seus pacientes. Além do lado Médico/Científico, Rafaela assiste seus pacientes com Humanidade e carinho, sendo um exemplo a todos que convivem com ela.

Muito me Honra orientar e conviver com a Rafaela e seus Colegas Residentes do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal de Ipanema.

DR. MARCELO ENNE DE OLIVEIRA
CRM 52 56630-3

A MÉDICA PREMIADA

Nascida no Rio de Janeiro, formada desde 1997 pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, aonde estudei da alfabetização até o término da faculdade que cursei entre 2009 e 2014.

Residente de cirurgia geral do Hospital Federal de Ipanema iniciada em 2015 e com término previsto para 2017. Tive oportunidade de estar em um serviço com enfoque hepato-biliar que me despertou grande interesse e admiração pelas cirurgias da área. Foram elas que me motivaram a inscrição para o 12º Prêmio de Residência Médica do CREMERJ com a alegria de ganhar o segundo lugar.

DRA. RAFAELA BRITO CAPELLI

CRM 52 102248-2



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

LIGADURA DA VEIA PORTA ASSOCIADA À TRANSECÇÃO HEPÁTICA COM HEPATECTOMIA EM DOIS TEMPOS (ALPPS): UMA NOVA ABORDAGEM PARA METÁSTASE COLORRETAL BILOBAR

Hospital Federal de Ipanema

RESIDENTE: Dra. Rafaela Brito Capelli

PRECEPTOR: Dr. Marcelo Enne de Oliveira

DESCITORES: DOENÇA COLORRETAL – METÁSTASE HEPÁTICA - HEPATECTOMIA

INTRODUÇÃO

A metástase hepática de doença colorretal (MHCR) comumente se apresenta como doença bilobar. Sendo a ressecção a principal opção terapêutica potencialmente curativa, o volume hepático remanescente se torna um fator limitante, devido ao risco de complicação com insuficiência hepática. Para esses casos, a abordagem em dois tempos faz-se necessária. A embolização da veia porta (EVP) tem sido utilizada para induzir a hipertrofia hepática do fígado residual (FR). Porém, a EVP gera uma média de aumento do remanescente hepático em 25-40% ao fim de três a oito semanas e ainda pode gerar crescimento do tumor durante o período anterior à ressecção.

A abordagem com associação de hepatotomia e ligadura da veia portal para hepatectomia regrada (ALPPS) tem surgido como uma estratégia de resgate, promovendo um crescimento acelerado do FR em um curto período de tempo (7 dias) permitindo o segundo estágio da hepatectomia. O fígado excluído atua como um auxiliar, que contribui para função hepática até que o lobo a hipertrofiar consiga suportar a função fisiológica total. A técnica foi realizada pela primeira vez por Schlitt et al. em Regensburg em 2007 e apresentada em

um congresso alemão pela primeira vez em 2010. Esta técnica tem sido utilizada mundialmente com excelentes resultados e se tornou uma nova esperança para um grande número de pacientes antes considerados irressuscitáveis.

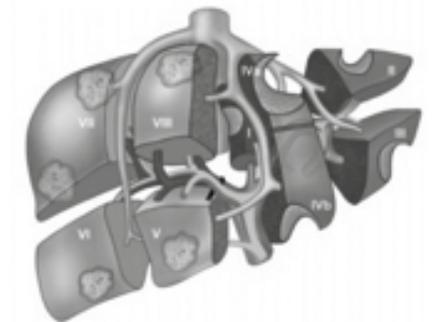


Fig. 1: Ilustração do primeiro tempo da técnica ALPPS – ressecção das lesões em lobo esquerdo com hepatotomia e ligadura da veia portal direita

De fevereiro/2012 até a presente data, nossa equipe realizou sete ALPPS para tratar pacientes com, até então, MHCR não ressecáveis por remanescente hepático insuficiente. Dois pacientes foram considerados para ALPPS após EVP sem sucesso. Os dados dos pacientes são apresentados a seguir.

RELATO DE CASOS

Todos os sete pacientes apresentavam MHCR bilobar irsecáveis pelos métodos padronizados. A média de idade foi de 51 anos, dois com comorbidades (hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus). Seis pacientes realizaram QT pré-operatória e o tempo médio entre as duas intervenções foi de 8 dias. A média de hipertrofia do remanescente hepático foi de 68% (30 a 100%). Quatro pacientes desenvolveram complicações, 1 de grau II e 3 de grau IIIB pela classificação de Clavien-Dindo. Quatro pacientes apresentaram recidiva hepática, todos entre 6 e 12 meses após a segunda intervenção, e 3 pacientes apresentaram recidiva extrahepática (pulmonar, cerebral e peritoneal). Um paciente encontra-se livre de doença até a presente data.

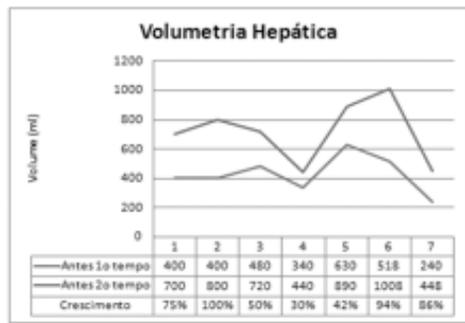


Tabela 1: Bilirrubina total e INR dos pacientes dosados no 5º dia de pós-operatório indicando que nenhum desenvolveu insuficiência hepática



Fig. 2: Aumento do volume hepático antes do primeiro tempo cirúrgico com seu crescimento evidenciado antes de completar o segundo tempo

DISCUSSÃO

Segundo dados da literatura 98% dos pacientes conseguem realizar o segundo tempo cirúrgico. Dos nossos pacientes, todos completaram os dois tempos e 42,8% apresentaram complicação considerada grave (maior ou igual a IIIB), comparada a 26% dos pacientes do maior estudo da literatura realizado sobre o tema ("Early survival and safety of ALPPS: First Report of the International ALPPS Registry; ALPPS Registry Group"). A sobrevida esperada na literatura no primeiro e segundo ano após cirurgia é de 73% e 59% respectivamente, todos os nossos pacientes encontram-se vivos, sendo a primeira cirurgia tendo sido realizada em fevereiro de 2012 e a última em setembro de 2015, sendo que nenhum deles desenvolveu insuficiência hepática, complicação mais esperada da técnica que define a complicação como bilirrubina total maior que 5 e INR maior que 1,8 no quinto dia de pós-operatório.

| Paciente | Bil. Total | INR |
|----------|------------|-----|
| 1 | 1 | 1 |
| 2 | 0,9 | 1 |
| 3 | 1 | 1 |
| 4 | 1,7 | 1,1 |
| 5 | 1,1 | 1 |
| 6 | 1,2 | 1 |
| 7 | 1,8 | 1,2 |

CONCLUSÃO

A técnica ainda nova e com estudos em andamento tornou-se uma nova opção terapêutica para pacientes antes considerados inoperáveis. Ela vem demonstrando bons resultados como exemplificam nossos casos desde que realizada por

TERCEIRO LUGAR NO 12º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2015

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

O Dr. Rafael Correa Coelho sempre foi um residente exemplar.

Desde o primeiro ano foi escolhido como representante dos residentes da Oncologia Clínica do INCA, justamente por ser disciplinado e amigo de todos!

Sou muito grata de ter tido a honra de trabalhar com ele!

DRA. LILIAN D'ANTONINO FARONI

CRM 52 80044-9

O MÉDICO PREMIADO

Fiz minha graduação na Universidade Federal de Santa Maria sendo médico desde dezembro de 2009. Em 2010, iniciei no Hospital de Clínicas de Porto Alegre minha primeira especialização, Clínica Médica, com finalização em fevereiro de 2012.

No ano de 2012, cumpri com meu serviço militar obrigatório na cidade de Santiago onde pude trabalhar em minha primeira especialidade e como médico de uma unidade de terapia intensiva adquirindo experiência na área.

Em março de 2013, iniciei a especialização de Oncologia Clínica a qual terminei em fevereiro de 2016. Durante minha última especialização além das atividades com os pacientes e curriculares comecei a trabalhar junto da equipe de pesquisa clínica do Instituto Nacional do Câncer tendo a oportunidade de participar de diversos projetos, condução de clinical trials, cursos, simpósios e congressos nacionais e internacionais nas áreas de oncologia e pesquisa clínica.

Ademais tive a oportunidade de ser o representante dos médicos residentes do INCA pelo período de 2 anos.

DR. RAFAEL CORRÊA COELHO

CRM 52 96872-2



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM NEOPLASIAS DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADAS REFATÁRIAS À QUIMIOTERAPIA PADRÃO – EXPERIÊNCIA DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER

Instituto Nacional do Câncer

RESIDENTE: Dr. Rafael Corrêa Coelho

PRECEPTOR: Dra. Lilian D'Antonio Faroni

RESUMO : O câncer de mama localmente avançado (CMLA) é um problema de ordem pública nos países em desenvolvimento como o Brasil, originário em grande parte pelas dificuldades de acesso à rede de assistência à saúde. O tratamento padrão para CMLA consiste em quimioterapia neoadjuvante ± terapia anti-HER2 seguido por cirurgia, radioterapia, quimioterapia e/ou hormonioterapia adjuvante. No entanto, existem poucos dados na literatura avaliando tratamentos alternativos à quimioterapia neoadjuvante caso esta não seja capaz de reduzir o tamanho tumoral para possibilitar a ressecção cirúrgica tumoral. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu todos os pacientes portadores de CMLA tratados com quimioterapia neoadjuvante padrão e que não foram elegíveis para ressecção cirúrgica, sendo submetidos à radioterapia neoadjuvante de resgate (RTX) entre janeiro de 2000 e Dezembro de 2012 no Instituto Nacional do Câncer. **Resultados:** Cinquenta e sete pacientes foram incluídos, com uma idade mediana de 51 anos. Os estadios clínicos mais frequentes foram IIIA e IIIB, correspondendo a 19,3% e 70,2%, respectivamente; o tamanho tumoral ao diagnóstico foi, em média, 8,74 cm (3-18cm) e 44 pacientes (77,2%) apresentavam envolvimento ganglionar. Regimes de quimioterapia contendo antraciclina foram prescritos para 98,2% dos pacientes. Quinze pacientes (26,3%) receberam taxanos e antraciclina. A dose total de radiação foi de 50Gy dividida em 25 frações. Quarenta e três pacientes (75,4%) apresentaram resposta, sendo posteriormente submetidas à mastectomia. A sobrevida global (SG) foi de 38 meses (23-52m). Os pacientes que foram submetidos à cirurgia apresentaram SG de 49 meses (28-70m) enquanto aqueles não elegíveis para o tratamento cirúrgico apresentaram SG de 18 meses (9-27m). **Conclusão:** A radioterapia neoadjuvante de resgate é um tratamento eficaz para reduzir o tamanho de tumores localmente avançados com pouca resposta à quimioterapia neoadjuvante padrão.

DESCRITORES: CÂNCER DE MAMA – TRATAMENTO – RADIOTERAPIA - QUIMIOTERAPIA

INTRODUÇÃO

Para o Brasil, em 2016, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, correspondendo a 28.1 % de todos os casos de câncer diagnosticados em mulheres. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, com provável relação ao diagnóstico tardio dessa doença. A sobrevida média após cinco anos na população de países desenvolvidos atinge cerca de 85%, enquanto nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%. No Brasil, aproximadamente, 30% das pacientes apresentam-se com tumores localmente avançados (CMLA) [1,2,3].

A designação de tumor localmente avançado compreende uma variedade de tumores, sendo incluídos nesta categoria os tumores operáveis (estadio clínico pelo American Joint Committee on Cancer and the International Union for Cancer Control (AJCC-UICC)T3N0N1M0), os tumores inoperáveis (T3/T4 ou N2N3) e os carcinomas inflamatórios (T4D) [4].

O tratamento-padrão para o CMLA pode envolver quimioterapia e/ou hormonioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia adjuvantes. [5,6,7,8] Entretanto, até um terço dos CMLA podem refratários à quimioterapia e/ou hormonioterapia permanecendo irressecáveis. Como alternativa, tais pacientes podem ser submetidos ao tratamento radioterápico neoadjuvante de resgate com o objetivo de reduzir a lesão e possibilitar sua ressecção [9].

Este estudo teve como objetivo caracterizar uma coorte de pacientes com CMLA submetidos à radioterapia neoadjuvante de resgate por serem considerados inoperáveis após a quimioterapia neoadjuvante padrão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de coorte retrospectiva com fonte de dados secundária obtida por meio da análise de prontuários de todos os pacientes que foram

submetidos à radioterapia neoadjuvante para neoplasia de mama no período de 01/01/2000 a 31/12/2012. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do Instituto Nacional do Câncer (INCA) sendo conduzido de acordo com a declaração de Helsinki e o manual de boas práticas clínicas.

As informações são oriundas dos prontuários de registro das consultas médicas do serviço de radioterapia e oncologia clínica do Instituto Nacional do Câncer.

Foram incluídos todos os pacientes com neoplasia de mama localmente avançada estadio II e III que foram submetidos à quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes para neoplasia de mama no período acima citado.

Foram excluídos os pacientes submetidos à radioterapia neoadjuvante exclusiva, pacientes que receberam hormonioterapia sem quimioterapia neoadjuvante, pacientes com diagnóstico de doença metastática sistêmica durante o tratamento incluindo linfonodos supraclaviculares.

Para análise estatística foi utilizada a análise descritiva. O teste de chi-quadrado foi utilizado para comparação das características demográficas e tumorais entre os pacientes. A regressão logística foi utilizada para identificar fatores associados a resposta ao tratamento radioterápico. Razões de risco e intervalo de confiança de 95% foram calculados. Curvas de Kaplan-Meier foram utilizadas para determinar a sobrevida livre de progressão e a sobrevida global.

RESULTADOS

Cinquenta e sete pacientes preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados para este estudo. Cinquenta e seis pacientes (98,2%) eram mulheres, com uma idade mediana de 51 anos (23-72a).

As características do tumor no momento do diagnóstico são impactantes, traduzindo a realidade da saúde pública no Brasil. Estádios clínicos IIIA e IIIB, segundo a 7ª edição do sistema TNM [10], foram mais frequentes correspondendo a 19,3% e 70,2%, respectivamente; o tamanho

médio tumoral ao diagnóstico foi de 8,74 cm (3-18 cm) e 44 pacientes (77,2%) apresentavam envolvimento ganglionar.

Regimes de quimioterapia contendo antraciclina foram prescritos para 98,2% dos pacientes. Quinze pacientes (26,3%) receberam taxanos e antraciclina e um foi tratado com a combinação de docetaxel e ciclofosfamida. Trastuzumabe foi prescrito para apenas 3 pacientes (5%), visto que até 2011 não o trastuzumabe não fazia parte do arsenal terapêutico do INCA.

O tempo médio para realização de cirurgia após a radioterapia foi de 20 semanas. Quarenta e três pacientes (75,4%) apresentaram resposta a radioterapia neoadjuvante de resgate sendo submetidos a mastectomia. Quando separados de acordo com o status do receptor hormonal, vinte e nove (90,6%) pacientes de 32 com receptores hormonais positivos (RH+) e 14 (58,3%) de 24 com receptores hormonais negativos (RH-) apresentaram resposta a RTX sendo elegíveis para a cirurgia. Um paciente não foi testado para RH. Não houve respostas patológicas completas. As complicações cirúrgicas foram frequentes, mas sem maior gravidade. Não houve óbitos pelo tratamento cirúrgico. Os eventos mais comuns foram dor crônica (12 pacientes - 21,1%), linfedema (10 pacientes - 17,5%), deiscência da ferida operatória (8 pacientes - 14%) e/ou infecção de ferida operatória (6 pacientes - 10,5%).

A sobrevida livre de doença (SLD) foi avaliada nos pacientes submetidos à cirurgia tendo como mediana 20 meses. Nove pacientes estão sendo seguidos sem recorrência. Oito são RH+ e um triplo negativo. O último é atualmente está no 4º ano de acompanhamento.

A sobrevida global (SG) foi de 38 meses (23-52m), variando de acordo com a situação cirúrgica. Os pacientes que foram submetidos à cirurgia apresentaram SG de 49 meses (28-70m). No entanto, aqueles que não foram elegíveis para a mastectomia tiveram SG de 18 meses (6-30m). Em relação ao perfil hormonal, aqueles com doença RH+ apresentaram SG de 59 meses (15-103m), enquanto os com doença RH- tiveram SG de 25 meses (19-32m).

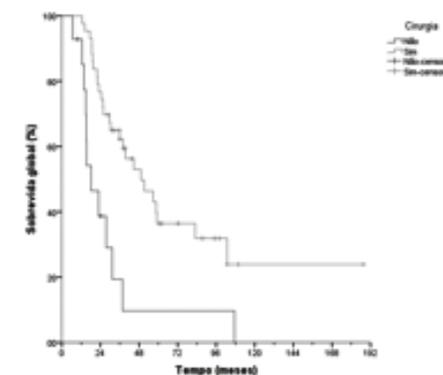


Figura 1. Sobrevida global de acordo com a situação cirúrgica (p-valor = 0.001 pelo teste Log Rank)

Os locais mais frequentes de recidiva sistêmica foram diferentes de acordo com o status do receptor hormonal. Nos pacientes com RH+, as metástases ósseas foram mais comuns correspondendo a 22%. Pulmões, linfonodos e fígado apresentaram frequência de 18,8%, 15,6% e 12,5%, respectivamente. Em relação aos pacientes com RH-, o pulmão foi o principal sítio metastático, correspondendo a 33,3% dos casos, seguido pelos linfonodos e fígado cada um com 25% dos casos. A recorrência locorregional foi infrequente em ambos os grupos, correspondendo a 5,3% dos casos.

DISCUSSÃO

O câncer de mama localmente avançado é um problema de saúde pública em países emergentes como o Brasil. Muitas variáveis são responsáveis pelo atraso no diagnóstico e incluem: baixo status educacional, negligência, acesso limitado ao sistema de saúde pública, disparidades sociais e recursos escassos [2,3]. As limitações nos cuidados primários e as dificuldades de acesso ao sistema público de saúde são caracterizadas pelo tamanho médio tumoral de 8,74 cm na primeira avaliação pelo médico e o tempo mediano de espera entre o diagnóstico e início do tratamento quimioterápico de 75 dias (1- 669d) .

Os resultados obtidos por este trabalho são semelhantes aos encontrados na literatura médica. Em estudo fase I/II com capecitabina e radioterapia neoadjuvante em pacientes com CMLA resistentes

às antracidas, realizado no INCA entre janeiro de 2003 e maio de 2004 por Gaii et.al., as taxas de ressecabilidade após o tratamento com radioterapia neoadjuvante de resgate àqueles pacientes tratados com antracidas foi de 82 %. O tamanho mediano do tumor antes do tratamento era de 80 cm, também semelhante ao encontrado em nosso trabalho. [9]

Este estudo tem limitações, especialmente devido à metodologia retrospectiva, à falta de um controle rigoroso no grupo de intervenção, os dados incompletos em alguns registros de pacientes, a ausência de regimes quimioterápicos padronizados, a ausência de um intervalo estrito entre a radioterapia e cirurgia.

Contudo, diversos pontos importantes devem ser salientados: é a maior coorte retrospectiva avaliando este subgrupo específico de pacientes com CMLA refratário à quimioterapia neoadjuvante padrão e ineleável para a ressecção cirúrgica, os quais foram tratados com radioterapia neoadjuvante de resgate; demonstração de que a radioterapia pode ser uma alternativa para pacientes com tumores não ressecáveis após quimioterapia neoadjuvante; é o primeiro estudo a evidenciar vantagem de sobrevida global para pacientes com tumores ressecados após RTX quando comparados com aqueles que foram não ressecados.

Em relação às complicações cirúrgicas, as mesmas ocorreram frequentemente, contudo sem maior gravidade. Acreditamos que além do ganho em SG, muitos pacientes podem ter uma melhor qualidade de vida com a mastectomia após a RTX, uma vez que a medida que o CMLA cresce, demandas importantes e muitas vezes limitantes podem surgir como, por exemplo, dor, sangramento e infecções. Outro dado interessante é que houve um bom controle locoregional com apenas 3 pacientes (5,3%) apresentando recorrência na pele do sítio operatório.

CONCLUSÃO

A radioterapia neoadjuvante de resgate é um tratamento eficaz para reduzir o tamanho de tumores localmente avançados com pouca

resposta à quimioterapia neoadjuvante padrão.

REFERÊNCIAS

- 1-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas 2016: Brazilian Cancer Incidence / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016. <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-tipos.asp> accessed on 4th April 2016.
- 2-Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin* 2013; 63(1):11–30.
- 3-Igene H. Global health inequalities and breast cancer: an impending public health problem for developing countries. *Breast J* 2008; 14(5):428–34.
- 4-Woodward WA, Strom EA, Tucker SL, et al: Changes in the 2003 American Joint Committee on Cancer Staging for Breast Cancer Dramatically Affect Stage-Specific Survival. *J Clin Oncol* 21: 3244-3248, 2003.
- 5-Zambetti M, Oriana S, Quattrone P, et al: Combined sequential approach in locally advanced breast cancer. *Ann of Oncol* 10: 305-310, 1999.
- 6-Giordano SH. Update on locally advanced breast cancer. *Oncologist* 8:521, 2003.
- 7-Shenkier T, Weir L, Levine M, et al: Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 15. Treatment for women with stage III or locally advanced breast cancer. *CMAJ* 170:983, 2004.
- 8-Tryfonidis K, Senkus E, Cardoso MJ, Cardoso F. Management of locally advanced breast cancer-perspectives and future directions. *Nat Rev Clin Oncol* 2015; 12(3):147-62.
- 9- Gaii MF, Amorim G, Arcuri RA, et al: Phase II Study of Second-line Neoadjuvant Chemotherapy with Capecitabine and Radiation Therapy for Anthracycline-Resistant Locally Advanced Breast Cancer. *Am J Clin Oncol*. Feb;30(1):78-81, 2007.
- 10-Edge SB, David RB, ComptonCC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. *AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Handbook: TNM Classification of Malignant Tumors*. 7th Edition p. 345-376, 2010.



**13º PRÊMIO
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA 2016**

PRIMEIRO LUGAR NO 13º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2016

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

Conviver diariamente com o Dr. Renan desde fevereiro/2015, consiste num constante exercício de desafios e estímulo ao aprimoramento .

Detentor de uma natureza empreendedora com elevado espírito científico , agrega à sua prática diária da medicina uma visão crítica, futurista e objetiva, fazendo com que suas atividades tenham sempre um cunho de aprendizado contínuo em prol da elevada qualidade de assistência ao paciente.

Acredito que este perfil de residente estimula todos os staffs a desenvolverem uma atitude responsável e compromissada que só traz benefícios para o paciente, para o corpo docente e discente, e para todas as instituições de saúde , ensino e pesquisa deste país.

DR. ANDREA DA COSTA VELOSO
CRM 52 55589-0

O MÉDICO PREMIADO

Aos 18 anos ingressei na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), tendo sido monitor de diversas disciplinas nesse período, incluindo Iniciação Científica.

A pesquisa desde sempre despertou meu interesse. Ao concluir a graduação iniciei a residência de Cirurgia Geral na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e em pouco tempo já frequentava regularmente as salas operatórias, onde deparei-me com a laparoscopia. Já durante a residência de Coloproctologia no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), fui estimulado pelos meus preceptores, destacadamente a Dra. Andrea Veloso, chefe da clínica e pessoa maravilhosa que sempre me apoiou, a elaborar os dispositivos para treinamento em videocirurgia que serviram como base para o trabalho vencedor apresentado no 13º Prêmio de Residência Médica do CREMERJ.

Não há como esquecer o momento que fui anunciado como vencedor: Foi uma honra e vitória não só pessoal, mas de toda a minha família.

DR. RENAN SILVA COUTO
CRM 52 96555-3



ARTIGO PREMIADO EM PRIMEIRO LUGAR

DESENVOLVIMENTO DE DISPOSITIVOS PARA TREINAMENTO DE HABILIDADES OPERATÓRIAS EM VIDEOCIRURGIA

Hospital Naval Marcílio Dias

RESIDENTE: Dr. Renan Silva Couto

PRECEPTORA: Dra. Andrea da Costa Veloso

DESCRITORES: VIDEOCIRURGIA – CIRURGIA ROBÓTICA – HABILIDADES TÉCNICAS

INTRODUÇÃO

A habilidade do cirurgião é fundamentalmente adquirida por meio de exercício contínuo. O conhecimento e o treinamento adequado da técnica operatória podem não só aprimorar a experiência como também evitar complicações nos procedimentos cirúrgicos.

A despeito das novas técnicas cirúrgicas como a laparoscopia e cirurgia robótica, os tempos cirúrgicos fundamentais - diérese, hemostasia e síntese - permanecem inalterados e precisam ser ensinados, todavia, apesar da existência de modelos não biológicos como simuladores virtuais e caixas-pretas, tais recursos não estão encontrados disponíveis para a maioria dos médicos, tendo o treinamento seguido tradicionalmente um modelo baseado em aprendizagem em sala operatória, abordagem que pode ser demorada, onerosa e antiética pelo potencial de dano ao paciente devido a inexperiência do cirurgião em treinamento. Ademais, os centros brasileiros formadores de cirurgiões, em sua maioria instituições da rede

pública de saúde carecem de recursos para investimento em tecnologias de ensino.

Alternativamente, o uso de modelos biológicos é também oneroso pelo alto custo de manutenção de laboratórios e recursos humanos exigidos, além de ser eticamente questionável pelos danos provocados aos animais.

Portanto, com base na importância do aprendizado prático da técnica operatória, visando facilitar o treinamento inicial para o desenvolvimento de habilidades em videocirurgia foram criados dispositivos de treinamento simples e de baixo custo.

DESCRIÇÃO DOS DISPOSITIVOS

Tratam-se de modelos de dispositivos construídos com materiais amplamente disponíveis que visam a simulação de situações semelhantes às aquelas encontradas no ato cirúrgico laparoscópico, desde a realização de nós manuais às habilidades com os instrumentos específicos dessa modalidade cirúrgica, como preensão de estruturas, dissecação, ligaduras e também síntese de tecidos.

A capacidade realizar diferentes ligaduras é fundamental para a prática cirúrgica, seja na cirurgia convencional ou laparoscópica. Por essa razão, foi criado um dispositivo que permite a confecção de nós visando a simulação das diversas situações encontradas nos procedimentos operatórios, desde ligaduras superficiais de vasos do tecido celular subcutâneo à ligaduras de estruturas profundas na cavidade pélvica.

Para a confecção do dispositivo foram utilizados ganchos de rosca, tubos de PVC de diversos diâmetros e comprimentos, pregos e um garrote fixados sobre uma placa de madeira (figuras 1 e 2).



Figura 1:



Figura 2: dispositivo para treinamento de ligaduras

O gancho de rosca sobre a madeira mostra-se adequado para o treinamento de nós e seu envolvimento por diferentes tubos plásticos permite o treinamento da aplicação dos nós em diferentes profundidades, uma vez que o nó não pode ser finalizado sem o auxílio do indicador,

simulando situações de planos profundos. O garrote esticado e disposto na forma de "V" permite simular situações de feridas com os bordos afastados, com diferentes tensões. Neste segmento é possível treinar os diferentes tipos de nós, como o nó de cirurgião, necessário em regiões com tensão aumentada, e o nó quadrado, em cujo segundo tempo pode-se deslizar e apertá-lo, mantendo a tensão adequada.

O modelo de dispositivo principal (figuras 3) foi construído em acrílico branco e é composto por três faces, todas fixadas por conjuntos de parafusos e porcas para facilidade de transporte e portabilidade. Em cada face há orifício(s) para passagem dos instrumentos de laparoscopia. Na face frontal existem ainda abertura retangular e suporte perpendicular para acomodação de tablets e afins, aspirando à captação de imagens e visualização indireta dos movimentos pelo praticante, tal qual ocorre nos procedimentos cirúrgicos reais.

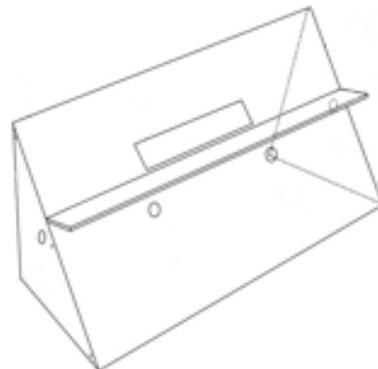


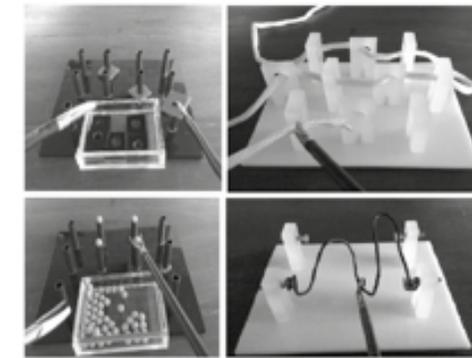
Figura 3 - Modelo de treinamento de habilidades videocirúrgicas em perspectiva

Adicionalmente, para sistematizar o treinamento foram criados dispositivos para o exercício de habilidades específicas como ambidestridade, manuseio de instrumentos à distância sem o feedback tátil e ainda habilidades motoras finas para lidar com o efeito de eixo e com as forças de alavanca dos instrumentos compridos específicos da videocirurgia (figura 4).



Figura 4 - dispositivos auxiliares para sistematização do treinamento de habilidades operatórias em videocirurgia

Por fim, pode-se observar nas figuras 5 e 6 a representação dos modelos de dispositivos em uso.



DISCUSSÃO

A formação do cirurgião é complexa pois necessita do conhecimento da história natural das doenças, do diagnóstico clínico, dos exames complementares, da escolha da terapêutica e da oportunidade de sua aplicação, além do domínio da técnica cirúrgica a ser empregada para que se possa alcançar o objetivo máximo que é a cura do paciente.

A criação dos dispositivos apresentados, simples e de baixo custo, mostra-se como alternativa viável para aquisição às instituições e pessoas físicas aos simuladores não biológicos mais sofisticados utilizados em grandes centros de treinamento, mostrando-se de grande valia para o ensino e capacitação daqueles interessados em videocirurgia.

REFERÊNCIA

1. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston – Tratado de Cirurgia: As bases biológicas da prática cirúrgica moderna. 18ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier;2009. 2348p.
2. Goffi FS, Tolosa EMC. Operações fundamentais. In: GOFFI, F. S. – Técnica cirúrgica: bases anatômicas e fisiopatológicas e técnicas de cirurgia. 4.ed. São Paulo, Atheneu. 1996; p.52-3.
3. Ethicon, n/d. Knot tying manual. Ethicon Inc. Johnson & Johnson Company, New Jersey, USA, 42pp.
4. Harrington DT, Roye GD, Ryder BA, et al. A time-cost analysis of teaching a laparoscopic entero-enterostomy. J Surg Educ. 2007; 64: 342-45.
5. Bridges M, Diamond DL. The financial impact of teaching surgical resident in the operating room. Am J Surg. 1999; 177:28-32.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health system. Washington, DC: Institute of Medicine; 2000.
7. ShabnamUndre and Ara Darzi. Laparoscopy Simulators. Journal of Endourology. March 2007; 21(3): 274-9. Doi:10.1089/end.2007.9980.
8. Beatty JD. How to build an inexpensive laparoscopic webcam-based trainer. BJU Int. 2005 Sep; 96(4):679-82
9. Batista EFN, Batista GAP. Treinamento em Videocirurgia - Atualização de modelo de "Caixa Preta" para uso com microcâmera. Rev Bras Videocir. 2006; 4(1):21-5.
10. Batista Danilo Malta, Felzemburgh Victor Araujo, Matos Edirioomar Peixoto. New experimental model for training in videosurgery. Acta Cir. Bras. 2012; 27(10): 741-745.
11. MARTINS João Maximiliano Pedron, RIBEIRO Roberto Vanin Pinto, CAVAZZOLA Leandro Totti. WHITE BOX: CAIXA PARA TREINAMENTO LAPAROSCÓPICO DE BAIXO CUSTO. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2015;28(3): 204-206.
- Ebram Neto J, De Paula PR, Celano RMG, Hirose K, Cauduro AB, Speranzini MB. Modelo de dispositivo para treinamento e avaliação das habilidades em técnica operatória. Acta Cir Bras. 1998;13(1):

SEGUNDO LUGAR NO 13º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2016

COM A PALAVRA O PRECEPTOR

Dr. Filipe sempre foi um residente dedicado e muito interessado. Tive a oportunidade de trabalhar mais próximo a ele durante a pesquisa e dessa forma conheci-lo um pouco mais. De personalidade amigável e sempre solícito, trabalhou com empenho na coleta e análise dos dados desse trabalho. Contribuiu muito na interpretação dos resultados e na elaboração das discussões e conclusões dos nossos achados.

Com a certeza de que ele realizará grandes avanços no campo da mastologia e do tratamento do câncer de mama, digo que Filipe Bacellar foi grande merecedor do prêmio.

DR. DANIEL CESAR DE ARAUJO SANTOS

CRM 52 85620-7

O MÉDICO PREMIADO

Médico, Cirurgião Geral, residente de Mastologia no Instituto Nacional do Câncer (INCA), formado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), um dos fundadores da Liga Bahiana de Clínica Cirúrgica (LBCC).

Ref.: <http://www.lbccbahiana.blogspot.com.br>, monitor da disciplina de Técnica Operatória Cirúrgica e Experimental I (TOCE I) no ano de 2010. Participou de estágio observacional em Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Cirurgia Oncológica da mama no Hospital Allegheny Center (Pittsburgh - Pennsylvania - EUA).

DR. FILIPE BACELLAR DE FARIA

CRM 52 103089-2



ARTIGO PREMIADO EM SEGUNDO LUGAR

ABORDAGEM AXILAR NOS CARCINOMAS INVASORES DA MAMA TRATADOS CONSERVADORAMENTE

Instituto Nacional do Câncer

RESIDENTE: Dr. Filipe Bacellar de Faria

PRECEPTORA: Dr. Daniel Cesar

RESUMO: Nas últimas décadas, avanços no manejo clínico e cirúrgico do câncer de mama têm permitido uma abordagem mais conservadora no tratamento dessa patologia, melhorando os resultados oncológicos e reduzindo a morbidade. Na década de 80, estudos demonstraram que o tratamento conservador da mama e a omissão da linfadenectomia axilar não alteraram negativamente a sobrevida global quando comparados a tratamentos mais radicais. Na década de 90, a biópsia do linfonodo sentinela (BLS) surgiu e se difundiu, evitando linfadenectomias axilares e diminuindo morbidade cirúrgica em pacientes com tumores em estágios iniciais.

Porém, o tratamento padrão nos casos de linfonodo sentinela positivo permanece sendo a linfadenectomia axilar. O esvaziamento axilar, entretanto, associa-se a complicações tardias em até 40% das pacientes. No intuito de se evitar essa prática para todos os pacientes e principalmente na doença linfonodal inicial, muitos estudos demonstraram que a omissão da linfadenectomia axilar não acarretou impacto na sobrevida livre de doença (SLD) e na sobrevida global (SG) elucidando a possibilidade de omissão do esvaziamento axilar em casos selecionados. O Serviço de Mastologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA), adota condutas estabelecidas pelo National Comprehensive Cancer Network (NCCN) que recomenda manejo mais conservador da axila em pacientes selecionadas com BLS positivo e tratados com cirurgia conservadora da mama.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a porcentagem de pacientes que foram candidatas a esta abordagem em nossa instituição, assim como identificar fatores que dificultaram essa adoção em nossa prática e analisar o impacto dessa conduta a fim de demonstrar redução de morbidade no tratamento dessas pacientes.

DESCRITORES: CÂNCER DE MAMA - LINFONODO SENTINELA - LINFADENECTOMIA AXILAR.

INTRODUÇÃO

Avanços significativos no manejo clínico e cirúrgico dos pacientes portadores de câncer de mama foram conquistados nas últimas décadas. As terapias sistêmicas e locais, o desenvolvimento da cirurgia conservadora da mama e da biópsia

do linfonodo sentinela (BLS) permitiu associação de melhores resultados oncológicos e menor morbidade (1).

Historicamente, o tratamento cirúrgico da mama e da axila foi baseado no paradigma da máxima radicalidade que incluía ressecção de toda a

mama e conteúdo axilar (2,3). Somente na década de 80, estudos prospectivos randomizados foram capazes de mudar tal paradigma (3,4). Eles demonstraram que o tratamento conservador da mama possuía o mesmo desfecho oncológico que o tratamento radical (5). Ainda assim, a abordagem conservadora para o câncer de mama não foi amplamente aceita por grande parte dos cirurgiões (1,2).

Somente na década de 90, com o aprimoramento da BLS no câncer de mama, novas perspectivas na abordagem conservadora da axila puderam ser vislumbradas [6]. Em 1994, Giuliano e colaboradores demonstraram que a BLS era capaz de prever com acurácia o estadiamento axilar (7). Nessa mesma década, Veronesi comparou a linfadenectomia axilar com a BLS, demonstrando eficácia semelhante e menor morbidade com o emprego desta técnica (8,9). Desde então, inúmeros estudos têm corroborado a segurança da BLS e essa prática se tornou difundida, evitando linfadenectomias axilares desnecessárias e, conseqüentemente, diminuindo a morbidade cirúrgica (2).

A técnica da BLS é hoje amplamente aceita e encontra-se consagrada no tratamento do câncer de mama [1]. Porém, não raramente, esvaziamentos axilares mostram que apenas o linfonodo sentinela (LS) é positivo e que o restante dos linfonodos extraídos não se encontram acometidos, resultando em tratamentos mórbitos desnecessários [8]. Neste intuito, alguns estudos foram conduzidos na última década para elucidar a possibilidade da omissão da linfadenectomia axilar em um grupo seleto de pacientes.

Em 2009, uma ampla pesquisa com 97.314 pacientes foi publicada demonstrando não haver diferença na sobrevida livre de doença, recorrência axilar ou sobrevida global entre as pacientes que receberam ou não o esvaziamento axilar [10]. Em 2011, os resultados de um estudo prospectivo randomizado fase 3 analisando pacientes com micrometástases no LS submetidas ou não à linfadenectomia axilar comprovou que a sobrevida global e a sobrevida livre de doença para ambos os grupos foram semelhantes, mostrando a

viabilidade da omissão da linfadenectomia axilar em casos de micrometástases (11).

Giuliano e colaboradores, recentemente publicaram um grande estudo prospectivo multicêntrico randomizado (ACOSOG Z0011) com mulheres portadoras de tumores com até 5cm de diâmetro, axila clinicamente negativa, submetidas a tratamento conservador mais radioterapia adjuvante e com no máximo dois linfonodos sentinelas metastáticos. As pacientes inelegíveis foram aquelas com 3 ou mais linfonodos positivos, linfadenopatias avançadas e/ou que receberam terapia neoadjuvante. Foram incluídas neste estudo 891 pacientes, desses 445 receberam BLS mais linfadenectomia axilar e 446 receberam apenas BLS. Após 6,3 anos de seguimento, a incidência de recorrência axilar nos dois grupos foi menor que 1%, sem diferença estatística entre eles. Não houve diferença na sobrevida global entre os grupos. O estudo concluiu ainda que o grupo que recebeu esvaziamento axilar teve maior morbidade cirúrgica (70%) do que o grupo que recebeu apenas BLS (25%) [12].

O serviço de Mastologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA) opta pela adoção de condutas baseadas no NCCN (National Comprehensive Cancer Network), que recomenda desde 2013 [13] a adoção dos critérios do ACOSOG Z0011 no manejo da axila positiva em pacientes submetidos à cirurgia conservadora da mama.

MATERIAL E MÉTODOS

Consiste em um estudo retrospectivo, seccional, das pacientes portadoras de carcinoma invasor da mama submetidos à cirurgia conservadora e BLS no INCA no período de julho de 2014 à dezembro de 2015.

As informações clínicas foram obtidas através dos prontuários médicos arquivados no setor de arquivo médico do Hospital do Câncer III, além de dados obtidos pelo prontuário eletrônico e dados da Divisão de Patologia (DIPAT) do INCA.

Foram incluídas neste estudo as pacientes com carcinoma invasor da mama de até 5 cm (T1-T2) com axila clinicamente negativa, submetidas

à cirurgia conservadora da mama, com planejamento de radioterapia adjuvante e com até dois LS metastáticos.

Foram excluídos do estudo as pacientes que receberam terapia neoadjuvante além dos pacientes com comprometimento axilar comprovado por citologia prévia.

Os dados dos tumores obtidos dos laudos anatomopatológicos foram: localização do tumor, tamanho do tumor (> eixo), uni ou multicentricidade, margens cirúrgicas (livres, comprometidas e distancia em milímetros); e as seguintes características histológicas e imunohistoquímicas: Grau Histológico, Invasão Linfovascular, Invasão perineural, Receptores hormonais; (RE/RP), Índice Ki-67, Her-2

Os dados obtidos foram armazenados em fichas de coleta de dados e, posteriormente na planilha eletrônica do Microsoft Excel 2013.

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico R versão 2.7.2. A relação entre as variáveis classificatórias será avaliada com o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. As variáveis contínuas que seguirem distribuição normal foram avaliadas por meio do Teste T de student para amostras independentes. E as que não seguirem distribuição normal foram comparadas por meio do Teste de Mann-Whitney U ou o Teste de Kruskal-Wallis H. As correlações paramétricas foram testadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson e as não paramétricas pelo coeficiente de Spearman.

Na análise multivariável inicial, todas as variáveis foram incluídas no modelo, sendo retiradas e recolocadas posteriormente, uma de cada vez, segundo o nível de significância estatístico de 0,05, estabelecido para os coeficientes, conforme resultado do teste de Wald e do teste da razão da verossimilhança entre os modelos ajustados. Além disso, foram testadas todas as possíveis interações entre variáveis. Para todos os testes estatísticos foi adotado o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Duzentos pacientes do sexo feminino preencheram os critérios e foram incluídos

na análise. A idade média foi de 61 (31-90) anos, tamanho médio do tumor 16 (1-37) mm. Todas as 200 pacientes foram submetidas a BLS e foram divididas em dois grupos. Um grupo com congelação intra-operatória (70 pacientes) e outro grupo sem congelação intra-operatória (130 pacientes). Os dois grupos não tiveram diferença estatisticamente significativa entre idade média, tamanho tumoral médio, número de linfonodos sentinelas ressecados, receptor de estrogênio, HER-2 e índice Ki-67 ($p > 0,05$). Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à taxa de esvaziamento axilar ($p = 0,003$) e positividade para receptor de progesterona ($p = 0,022$). Das 70 pacientes com congelação intra-operatória do linfonodo sentinela, 12 foram positivas para metastase linfonodal (3 com doença macroscópica) e 58 negativas. Das 12 pacientes com linfonodo positivo, 11 tiveram esvaziamento axilar no mesmo tempo operatório. Uma paciente foi poupada do esvaziamento por ter apenas 1 linfonodo acometido por metastase microscópica dos 3 linfonodos congelados. Esta paciente foi tratada com radioterapia adjuvante. Das 11 pacientes submetidas a esvaziamento axilar, somente 4 pacientes (37%) tinham outros linfonodos acometidos e 7 pacientes (63%) tiveram esvaziamento axilar negativo. Das 130 pacientes que não foram submetidas a congelação, apenas 20 (15%) pacientes tiveram linfonodos positivos na parafina e 110 (75%) pacientes tiveram linfonodos negativos. Das 20 pacientes com linfonodo positivo, apenas 5 (20%) pacientes foram submetidas a esvaziamento axilar, pois possuíam 3 ou mais linfonodos positivos, doença macroscópica ou doença extracapsular. Dessas 5 pacientes, todas tiveram linfonodos positivos no esvaziamento.

DISCUSSÃO

As pacientes submetidas a congelação intra-operatória tiveram maiores taxas de esvaziamento axilar quando comparadas ao grupo não submetido a congelação intra-operatória. Houve taxa elevada de esvaziamento axilar negativo nas pacientes que tiveram congelação intra-operatória do linfonodo sentinela (63% vs 0%). Resultados a longo prazo desse estudo e de ensaios clínicos

randomizados são necessários para estabelecer o papel da congelação intra-operatória do linfonodo sentinela no câncer de mama em estágios iniciais, assim como para determinarmos se a omissão de esvaziamento axilar não oferece impacto na sobrevida das pacientes com câncer de mama inicial e doença linfonodal mínima. A mudança na abordagem axilar das pacientes com câncer de mama tratadas com cirurgia conservadora teve impacto positivo em reduzir as taxas de esvaziamento axilar negativo e suas sequelas nesse grupo selecionado de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. J.M. Kurtz, K. Kinkel. Breast conservation in the 21st century *European Journal of Cancer* 36 (2000) 1919-1924.
2. Stefano Zurrada S MD and Umberto Veronesi U. MD Milestones in Breast Cancer Treatment. *The Breast Journal* Volume 21 Number 1, 2015 3–12
3. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, Aguilar M, Marubini E. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347:1227–1332.
4. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, Jeong JH, Wolmark N. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347:1233–1241.
5. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347(16):1233–41.
6. Krag DN, Weaver DL, Alex JC, et al. Surgical resection and radiolocalization of the sentinel lymph node in breast cancer using a gamma probe. *Surg Oncol* 1993;2:335–9.
7. Giuliano AE, Dale PS, Turner RR, et al. Improved axillary staging of breast cancer with sentinel lymphadenectomy. *Ann Surg* 1995;222:394–401.
8. Veronesi U, Paganelli G, Viale G, et al. A randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Med* 2003;349:546–53.
9. Veronesi U, Viale G, Paganelli G, et al. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: ten-year results of a randomized controlled study. *Ann Surg* 2010;251:595–600.
10. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Hansen NM, et al. Comparison of sentinel lymph node biopsy alone and completion axillary lymph node dissection for node-positive breast cancer. *J Clin Oncol*. 2009;27:2946–2953.
11. Galimberti V, Cole BF, Zurrada S, et al. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2013;14:297–305.
12. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2011;305:569–75.
13. Theriault RL, Carlson RW, Allred C, et al. Breast cancer, version 3.2013: featured updates to the NCCN guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013 Jul;11(7):753-60; quiz 761.

TERCEIRO LUGAR NO 13º PRÊMIO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2016

COM A PALAVRA A PRECEPTORA

A Dra. Winiee Mota Lopes aceitou prontamente participar da avaliação do projeto de Implementação de protocolo de avaliação morfológica do coração fetal, em conjunto com a residente Clara Alves Antunes, que desenvolvem o projeto para realização dos Trabalhos de Conclusão do Curso.

Este projeto é parte da Implementação de uma linha de cuidado de crianças com cardiopatias congênitas.

A Dra. Winiee se mostrou extremamente dedicada em resgatar os exames de rastreio das cardiopatias fetais introduzidos na rotina assistencial de nossa instituição e já realizados, assim como em aprender a realização do exame de rastreio.

Dedicação e comprometimento são características essenciais dos bons residentes que levam essas características para a prática diária da Medicina.

DRA. KARINA BILDA DE CASTRO REZENDE

CRM 52 65588-0

A MÉDICA PREMIADA

Natural de Minas Gerais. Graduada em Medicina pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) em 2012. Possui Especialização / Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Maternidade Carmela Dutra, concluída em 2016.

Cursando Residência Médica em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia pela Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

DR. WINIEE MOTA LOPES

CRM 94958-2



ARTIGO PREMIADO EM TERCEIRO LUGAR

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MORFOLÓGICA DO CORAÇÃO FETAL

Maternidade Escola da UFRJ

RESIDENTE: Dra. Winnie Mota Lopes

PRECEPTOR: Dra. Karina Bilda de Castro Rezende

DESCRITORES: CORAÇÃO FETAL – CARDIOPATIAS CONGÊNITAS- PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO.

INTRODUÇÃO

As cardiopatias congênitas são as anomalias com maior incidência e com menor taxa de detecção intra-útero. As formas classificadas como complexas, correspondem a 50% dos casos, requerem intervenção cirúrgica ou hemodinâmica no primeiro ano de vida, e são responsáveis por metade dos óbitos por malformações congênitas na infância. A ecocardiografia fetal tem alta acurácia para identificar as patologias cardíacas, é realizada por cardiologistas, e limita-se às gestações de alto risco. Entretanto, 90% das cardiopatias ocorrem em gestações de risco habitual. A falha no diagnóstico pré-natal das cardiopatias complexas pode resultar em stress parental inesperado, custos desnecessários aos sistemas de saúde, conflitos médico-legais potenciais. O diagnóstico antenatal das cardiopatias congênitas facilita a implementação de medidas de prevenção secundárias e intervenções intra-útero, o que melhora o prognóstico das crianças afetadas com redução da morbidade e da mortalidade neonatal. A melhora na sensibilidade do rastreamento depende da obtenção de planos de imagens padronizados realizados por médicos ultrassonografistas capacitados para a técnica. A avaliação adequada da anatomia do coração fetal durante o pré-natal é o melhor método para detecção precoce das

malformações cardiovasculares. Esta abordagem representa a oportunidade de identificação tempestiva das cardiopatias congênitas, e permite adequado planejamento da abordagem neonatal. A implementação do protocolo de rastreamento das cardiopatias congênitas na Maternidade Escola da UFRJ se justifica por: (1) o coração fetal é estrutura com anatomia complexa e cuja abordagem é dificultada pela posição e movimentação fetal; (2) não existe na rede pública de saúde do Rio de Janeiro e Brasil, protocolo de rastreamento universal de cardiopatias congênitas; (3) o diagnóstico pré-natal é ausente ou tardio na maioria dos casos. A implementação deste protocolo viabilizou-se porque em agosto de 2014, a equipe médica do setor de ultrassonografia da Maternidade Escola concluiu capacitação em rastreamento do coração fetal, ministrado pelo Hospital do Coração, São Paulo em parceria com o Ministério da Saúde. O estudo do coração do feto foi padronizado e universalizado nas gestações em acompanhamento pré-natal na nossa instituição. Desta forma, é válida a avaliação do desempenho deste protocolo na população estudada que permitirá expandi-lo para rede de atenção à saúde de maneira direta disponibilizando exames de rastreamento via Sistema de Regulação e de maneira indireta capacitando profissionais que se formam em nossa instituição

e que utilizarão o modelo em seus novos postos de trabalho.

OBJETIVO

Determinar a reprodutibilidade de protocolo de avaliação morfológica do coração fetal, realizado pela ultrassonografia entre 20 e 24 semanas.

METODOLOGIA

Estudo observacional, prospectivo e longitudinal em gestantes em acompanhamento pré-natal na instituição, que realizaram ultrassonografia obstétrica morfológica com protocolo estendido dos planos do coração fetal entre 20 e 24 semanas de gestação, com parto realizado na instituição. No dia da realização do exame, as pacientes recebem Termo de Consentimento livre e esclarecido. O exame do rastreo do coração fetal é realizado com aparelho de ultrassonografia obstétrica com transdutor convexo e software próprio para estudo do coração fetal e compreende a avaliação dos seguintes planos de imagem: (1)avaliação do situs cardíaco;(2)verificação do ritmo cardíaco; (3) avaliação completa das quatro câmaras que inclui: eixo cardíaco, ausência de derrame pericárdico, 4 câmaras presentes e proporcionais, folheto do forame oval abrindo para o átrio esquerdo (AE), drenagem da veias pulmonares no AE, ausência de hipertrofia da parede ventricular; banda moderadora no ápex do Ventrículo direito (VD), integridade do septo interventricular; livre abertura das válvulas atrioventriculares e inserção dos folhetos valvares; enchimento biventricular (4) trato de saída do Ventrículo esquerdo; (5)trato de saída do VD;(6) corte transverso do plano dos três vasos (3V) - tronco pulmonar, aorta ascendente e veia cava superior(7) fluxo anterógrado no arco ductal e aorta transversa;(8)arco aórtico; (9)arco ductal. Na falha de obtenção de qualquer um dos planos de rastreo, a paciente é encaminhada para realização de ecocardiografia fetal. Foi verificado o percentual de obtenção de cada um dos planos listados no protocolo.

RESULTADOS

Foram incluídas 420 gestações, que realizaram o exame de rastreo morfológico do coração

fetal. Os planos foram examinados nas seguintes proporções apresentadas na tabela a seguir:

| PLANO | PROPORÇÃO | INTERVALO DE CONFIANÇA 95% |
|--------------------|-----------|----------------------------|
| SITUS CARDÍACO | 100% | - |
| RITMO | 100% | - |
| 4 CÂMARAS COMPLETO | 96,9% | (0,94 – 0,98) |
| SAÍDA VD | 98,2% | (0,96 - 0,99) |
| SAÍDA VE | 98,2% | (0,96 – 0,99) |
| 3 VT | 97,9% | (0,95 – 0,99) |
| FLUXO ANT | 86,8% | (0,83 – 0,90) |
| ARCO AORTICO | 87,9% | (0,84 – 0,90) |
| ARCO DUCTAL | 82,5% | (0,78 – 0,86) |
| COMPLETO | 77,2% | (0,72 – 0,81) |

A ecocardiografia foi realizada em 7,1% destes casos e somente 1 caso foi alterado. Dentre estas pacientes 60% apresentavam indicação foi prévia à realização do rastreo e em 40% das indicações foi pós exame rastreo, por suspeita de anormalidade ou por falha na realização completa do exame.

DISCUSSÃO

Foi avaliada a efetividade da implementação de protocolo de rastreo de cardiopatias fetais através de exame complementar realizado em paralelo a ultrassonografia obstétrica morfológica. A realização completa deste rastreo em 77% dos casos, após a implementação do protocolo, mostra que o mesmo é viável e factível de ser instituído de maneira universal na ocasião do exame morfológico entre 20 e 24 semanas. Esta amostra apresentou somente 1 cardiopatia que foi rastreada, e confirmada pela ecocardiografia fetal e neonatal. O exame de rastreo do coração fetal maximiza a detecção de anomalias cardíacas, pois somente casos suspeitos são encaminhados para avaliação especializada. Além disso, diante de novas possibilidades terapêuticas a fetos com diagnóstico precoce de determinadas cardiopatias é válida a

sistematização do estudo do coração fetal.

CONCLUSÃO

A implementação de protocolo de avaliação do coração fetal entre 20 e 24 semanas de gestação mostrou-se reprodutível para aplicação rotineira no pré-natal.

**ONDE O
CREMERJ ESTÁ...**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Praia de Botafogo, nº 228 - Centro Empresarial Rio

Botafogo - Rio de Janeiro - RJ | CEP: 22250-145

Tel.: (21) 3184-7050

Fax: (21) 3184-7120

Homepage: www.cremerj.org.br

e-mail: protocrm@crm-rj.gov.br

Horário de funcionamento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas

CPEDOC – Centro de Pesquisa e Documentação

Atendimento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas

E-mail: cpedoc@crm-rj.gov.br

Tel: (21) 3184-7050 Opção: 3 / Tel/Ramais (21) 3184-7181/ 7186/7191/7231

CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Atendimento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas

E-mail: centraderelacionamento@crm-rj.gov.br

Tel: (21) 3184-7050 Opção: 4

OUVIDORIA

Atendimento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas

E-mail: ouvidoria@crm-rj.gov.br

Tel: (21) 3184-7268

SUBSEDES E SECCIONAIS

SUBSEDE BARRA DA TIJUCA

Av. das Américas, nº 3.555/ loja 226 - Bloco 1

Shopping Barra Square - Barra da Tijuca

CEP: 22631-003 - Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21)2432-8987

e-mail: barradatijuca@crm-rj.gov.br

SUBSEDE CAMPO GRANDE

Av. Cesário de Melo, nº 2.623/ sala 302

Centro Empresarial Campo Grande - Campo Grande

CEP: 23052-102 - Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21)2413-8623

e-mail: campogrande@crm-rj.gov.br

SUBSEDE DA ILHA DO GOVERNADOR

Estrada do Galeão, nº 826 - Loja 110

Shopping Golden Ilha - Ilha do Governador

CEP: 21931-630 - Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21)2467-0930

e-mail: ilha@crm-rj.gov.br

SUBSEDE JACAREPAGUÁ

Av. Nelson Cardoso, nº 1149/ sala 608

Taquara - Jacarepaguá

CEP: 22730-001 – Rio de Janeiro/RJ

Tel: (21)3347-1065

e-mail: jacarapagua@crm-rj.gov.br

SUBSEDE MADUREIRA

Estrada do Portela, nº 29/ sala 302 - Madureira
CEP: 21351-050 - Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2452-4531
e-mail: madureira@crm-rj.gov.br

SUBSEDE MÉIER

Rua Dias da Cruz, nº 188 - loja 219 - Méier
CEP: 20720-012 – Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2596-0291
e-mail: meier@crm-rj.gov.br

SUBSEDE TIJUCA

Praça Saens Pena, nº 45/ sala 324 - Tijuca
CEP: 20520-100 - Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2565-5517
e-mail: tijuca@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS

Rua Professor Lima, nº 160/ salas 506 e 507
Ed. Paço dos Profissionais - Centro
CEP: 23900-000 - Angra dos Reis/RJ
Telefax: (24)3365-0330 / 3365-0793
e-mail: angra@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA DO PIRAI

Rua Tiradentes, nº 50/ sala 401 - Centro
CEP: 27135-500 - Barra do Pirai/RJ
Tel.: (24)2442-7053
e-mail: barradopirai@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA MANSA

Rua Pinto Ribeiro, nº 103 - Centro
CEP: 27310-420 - Barra Mansa/RJ
Tel.: (24)3322-3621
e-mail: barramansa@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CABO FRIO

Av. Julia Kubitschek, nº 39/ sala 111 - Jardim Riviera
CEP: 28905-000 - Cabo Frio/RJ
Telefax: (22)2643-3594
e-mail: cabofrio@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CAMPOS

Praça Santíssimo Salvador, nº 41/ sala 1405
CEP: 28010-000 – Campos dos Goytacazes/RJ
Telefax: (22)2722-1593 / 2723-0924
e-mail: campos@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

Rua Marechal Deodoro, nº 557/ salas 309 e 310 - 25 de Agosto
CEP: 25071-190 – Duque de Caxias/RJ
Tel.: (21)2671-0640
e-mail: caxias@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ITAPERUNA

Rua Dez de Maio, nº 626/ sala 406 - Centro
CEP: 28300-000 - Itaperuna/RJ
Telefax.: (22)3824-4565
e-mail: itaperuna@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE MACAÉ

Rua Dr. Luiz Belegard, nº 68/ sala 103 – Centro
CEP: 27913-160 - Macaé/RJ
Tel.: (22)2772-0535
e-mail: macae@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NITERÓI

Rua Cel. Moreira César, nº 160/ salas 1209 e 1210 - Icaraí
CEP: 24230-062 - Niterói/RJ
Telefax.: (21)2620-9952/2717-3177
e-mail: niteroi@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NOVA FRIBURGO

Rua Luiza Engert, nº 01/ salas 202 e 203 - Centro
CEP: 28610-070 - Nova Friburgo/RJ
Telefax: (22)2522-1778
e-mail: friburgo@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NOVA IGUAÇU

Rua Dr. Paulo Fróes Machado, nº 88/ salas 201 a 203 - Centro
CEP: 26255-172 - Nova Iguaçu/RJ
Telefax: (21)2667-4343
e-mail: novaiguacu@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS

Rua Doutor Alencar Lima, nº 35/ salas 1.208 a 1.210 - Centro
CEP: 25620-050 - Petrópolis/RJ
Telefax: (24)2243-4373
e-mail: petropolis@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE RESENDE

Rua Guilhot Rodrigues, nº 145/ sala 405 - Bairro Comercial
CEP: 27542-040 - Resende/RJ
Tel.: (24)3354-3932
e-mail: resende@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

Rua Coronel Serrado, nº 1000/ salas 907 e 908 – Zé Garoto
CEP: 24440-000 - São Gonçalo/RJ
Tel.: (21)2605-1220
e-mail: saogoncalo@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS

Av. Lúcio Meira, nº 670/ sala 516
Shopping Várzea - Centro
CEP: 25953-009 - Teresópolis/RJ
Tel.: (21)2643-3626
e-mail: teresopolis@crm-rj.gov.br

SECCIONAL DE TRÊS RIOS

Rua Prefeito Joaquim José Ferreira, nº 14, sala 207 - Centro
CEP: 25804-020 - Três Rios/RJ
Telefax: (24)2252-4665
e-mail: tresrios@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VALENÇA

Rua Padre Luna, nº 99/sala 203 - Centro
CEP: 27600-000 - Valença/RJ
Telefax: (24)2453-4189
e-mail: valenca@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VASSOURAS

Av. Expedicionário Oswaldo de Almeida Ramos, nº 52/Sala 203 - Centro
CEP: 27700-000 - Vassouras/RJ
Telefax: (24)2471-3266
e-mail: vassouras@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA

Rua Vinte, nº 13/ sala 101 - Vila Santa Cecília
CEP: 27260-290 - Volta Redonda/RJ
Telefax: (24)3348-0577
e-mail: voltaredonda@crm-rj.gov.br

