



Faculdade de Medicina
Nova Esperança
De olho no futuro

III MOSTRA DE LIGAS ACADÊMICAS DA FAMENE

2019

ANAIIS

JOÃO PESSOA | PB

FACULDADES NOVA ESPERANÇA
Recredenciada pelo MEC: Portaria no 669, de 25/05/2011, publicada no
DOU de 26/05/2011, página 18, seção 1.

ANAIS DA
III MOSTRA DE LIGAS ACADÊMICAS DA FAMENE

10 E 11 DE ABRIL DE 2019

ALINE POGGI LINS DE LIMA
Coordenadora do Evento

ISBN: 978-65-88050-13-2

JOAO PESSOA/PB

2020

Expediente

Diretora-presidente da Entidade Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretora FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE

Eitel Santiago Silveira

Secretária Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Secretário Adjunto

Edielson Jean da Silva Nascimento

Coordenadora Acadêmica das Faculdades Nova Esperança

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do Curso de Medicina – FAMENE

Glaydes Moreira Cordeiro da Fonseca

Coordenação do Curso de Enfermagem – FACENE

Daiane Medeiros da Silva

Coordenação do Curso de Odontologia – FACENE

Yuri Victor de Medeiros Martins

Coordenação do Curso de Farmácia – FACENE

Daiene Martins Beltrão

Coordenação do Curso de Fisioterapia – FACENE

Danyelle Nóbrega de Farias

Coordenação do Curso de Educação Física – FACENE

José Maurício de Figueiredo Júnior

Coordenação do Curso de Agronomia – FACENE

Júlio César Rodrigues Martins

Coordenação do Curso de Medicina Veterinária – FACENE

Atticus Tanikawa

Coordenação do Curso de Tecnologia em Radiologia – FACENE

Max Well Caetano de Araújo

Comissão Organizadora do Evento

Aline Poggi Lins de Lima

Yasmim Regis Formiga de Sousa

Diandrya Felix da Silva

Aline de Oliveira Ribeiro

Rafaela Carla Carneiros de Araújo

Márcia Ferraz Pinto

Danielle Serafim Pinto

Comissão Científica

Márcia Ferraz Pinto

Cibelle Cabral David

Vinicius Nogueira Trajano

Iara Medeiros de Araújo

Viviane M. de Medeiros Candeia
Josélio Soares de Oliveira Filho
Carmem Verônica Barbosa Almeida
Luzia Sandra Moura Moreira
Cleyton César Souto Silva
Danielle Serafim Pinto
Weruskha Abrantes Soares Barbosa
Ana Karina Holanda Leite Maia

Arte

Andeylson David da Silva Pontes

Sumário

Pôster Dialogado

QUIMIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM IDOSOS, ATÉ QUE PONTO A TOXICIDADE É VALIDA

COSTA, Natália Ângela Navarro Lima da (Relatora)

A SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO E A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM ANATOMOCLÍNICA NO PROCESSO DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

QUEIROGA, Adrienne Araújo de Sarmiento (Relatora)

AÇÃO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL DA LIGA INTEGRADA DE GASTROENTEROLOGIA DA PARAÍBA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MELLO, Fernando Salvo Torres de (Relator)

ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS COM MANIFESTAÇÕES DE AGNOSIAVISUAL E AFASIA MOTORA: CONSIDERAÇÕES SOBRE TRÊS CASOS

GOMES, Abel Barbosa de Araújo (Relatora)

ANÁLISE QUANTITATIVA DE INTERNAÇÕES E ÓBITOS POR AVC NO ESTADO DA PARAÍBA NOS ÚLTIMOS 34 ANOS

RODRIGUES, Gabriela Lacourt (Relatora)

ANDROGENIZAÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DE ADENOMA ADRENOCORTICAL: RELATO DE CASO

ARAÚJO, Artur Menezes Marsicano de (Relator)

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO LEIGA ACERCA DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) E REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

CARVALHO, Carolina Cabral de (Relatora)

CORRELAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ENTRE OS CASOS CONFIRMADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA E ESCOLARIDADE MATERNA NO PERÍODO DE 2008 À 2017 NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB – DADOS DO DATASUS

DUARTE, Sabrina Severo de Macêdo (Relatora)

TÍTULO: EMPIEMA PLEURAL: DESAFIO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E DO TRATAMENTO ADEQUADO

SEGUNDO, Robson Prazeres de Lemos (Relator)

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS EM POPULAÇÃO BRASILEIRA DE 0 A 14 ANOS DE IDADE

DANTAS, Rayanne Kalinne Neves (Relatora)

FIBROADENOMA E TUMOR FILÓIDES: DIFENÇAS CLÍNICAS E NOS EXAMES COMPLEMENTARES

TEXEIRA, Camila Melo do Egypto (Relatora)

MORTALIDADE POR QUEDAS POR FAIXA ETÁRIA NO ESTADO DA PARAÍBA ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2016

FONSECA, Jannine Gomes da (Relatora)

**TRATAMENTO DA HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÊMICA PERSISTENTE DA
INFÂNCIA: REVISÃO SISTÊMICA²**

GOMES, Louise Cabral (Relatora)

Divulgamos a seguir os trabalhos apresentados na III Mostra de Ligas Acadêmicas. Este é um meio de estimular e divulgar as produções científicas desenvolvidas pelos discentes, membros de Ligas Acadêmicas de diversas áreas da Medicina.

O conteúdo dos resumos é exclusivamente de responsabilidade dos autores.

João Pessoa, outubro 2020.

QUIMIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM IDOSOS, ATÉ QUE PONTO A TOXICIDADE É VALIDA¹

(Trabalho Premiado)

Natália Ângela Navarro Lima da Costa²

Amanda Maria Gonçalves de Lucena³

Carla Nayara Milhomem Leão Morais³

Lara Monteiro Costa Araújo³

Ana Thereza da Cunha Uchoa Camacho⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é uma das neoplasias mais incidentes e prevalentes nas mulheres, e os esquemas de tratamento para o grupo de idade avançada acabam apresentando uma certa toxicidade. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, explorativo, tipo revisão integrativa, baseado através de dados bibliográficos no período dos últimos cinco anos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Verificou que a incidência de toxicidade depende mais do tipo de droga utilizada do que da idade cronológica. Dessa forma, observou-se que a quimioterapia antineoplásica piorou o desempenho físico dos idosos, mas não houve alteração da qualidade de vida desses pacientes, exceto para aqueles mais sintomáticos, que pioraram durante o tratamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que, na população idosa, é necessário que exista um tratamento quimioterápico diferenciado, e é preciso que os pesquisadores continuem investigando modos para um tratamento mais eficaz e menos danoso na vida dessas pessoas, buscando uma boa qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: quimioterapia; idoso; neoplasia.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma das neoplasias mais incidentes e prevalentes nas mulheres na maior parte do mundo. A sua incidência está intimamente relacionada ao avanço da idade. Os esquemas de tratamento para esse grupo de idade de idade avançada acabam apresentando uma certa toxicidade, sendo necessário analisar os melhores esquemas de drogas, avaliação da qualidade de vida dos pacientes em tratamento quimioterápico possibilita melhor compreensão da intensidade e quantidade dos sintomas do paciente e da importância que isso tem na sua saúde, permitindo também melhorar o planejamento da estratégia terapêutica. Atualmente pacientes que receberam esquemas com antracíclico (doxorubicina) evoluíram com maior incidência de toxicidade grau 3 e 4 e necessitaram de maior número de internações hospitalares. O objetivo desse estudo é avaliar os efeitos da quimioterapia na população idosa e saber até que ponto essa toxicidade pode interferir no resultado e tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, explorativo, tipo revisão integrativa, baseado através de dados bibliográficos nacionais e internacionais no período dos últimos cinco anos. A busca dos artigos foi realizada pelas combinações dos descritores: quimioterapia; idoso; câncer. Optou-se pela combinação mínima de três descritores por se tratar de um tema específico que não seria contemplado se fossem usados menos termos. Durante a análise do material buscou-se focar no tema proposto, quimioterapia no tratamento do câncer de mama em pessoas idosas, através da leitura atenta dos artigos envolvidos na pesquisa e objetivando trazer novas discussões no contexto tão amplo sobre esta questão norteadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de mama é uma das neoplasias mais incidentes e prevalentes nas mulheres na maior parte do mundo. Mulheres em faixa etária mais avançada são frequentemente excluídas de estudos clínicos e poucos dados prospectivos são colhidos a seu respeito.

Apesar do aumento da incidência de câncer com o envelhecimento, a sociedade médica se depara com um contrassenso: a inclusão de pacientes acima de 70 anos nos grandes ensaios clínicos é mínima. Os resultados destes estudos acabam sendo extrapolados de indivíduos jovens para pacientes geriátricos, apesar da influência que a idade ao diagnóstico tem sobre a história natural da doença e sobre a tolerância ao tratamento. Assim sendo, tratamentos adjuvantes (pós-operatórios) que têm comprovado benefício nas mulheres jovens podem ter benefícios apenas marginais nas pacientes idosa (VACCINI, 2002).

Por outro lado, a heterogeneidade da população idosa leva o clínico a estabelecer com frequência tratamentos menos agressivos, baseado em prerrogativas como a baixa reserva funcional, curso teoricamente mais indolente da doença, baixa sobrevida decorrente de múltiplas comorbidades e dúvidas quanto à efetividade e toxicidade do tratamento quimioterápico (BOUCHARD, 2003).

Para alguns pacientes idosos com câncer, a manutenção da “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) tem sido o objetivo primordial do tratamento, sobrepondo-se inclusive ao aumento de sobrevida, já que essa população tem riscos adicionais de morte, além do câncer. Ademais, o tratamento pode acarretar mais efeitos colaterais em idosos do que em pacientes jovens, e essa toxicidade pode deteriorar a QVRS desses pacientes, colocando em discussão a melhor opção terapêutica (WILDIERS, 2014).

Eficácia e toxicidade da quimioterapia adjuvante para pacientes acima de 70 anos são itens muito discutidos em Oncologia, já que faltam estudos prospectivos para responder a esta questão. Para preencher esta lacuna e acessar dados preliminares, vários autores vêm realizando análises retrospectivas. Alguns deles concluíram que cerca de metade das pacientes foram tratadas de forma insuficiente e tiveram redução expressiva da sobrevida como consequência. O desafio no momento, portanto, é estabelecer protocolos de tratamento ajustados para a população, que sejam adaptados para as condições de saúde e que ofereçam a melhor chance de cura, independentemente da idade (BOUCHARD, 2003).

Com relação à toxicidade do tratamento para a população geriátrica, pesquisaram algumas mulheres que receberam quimioterapia de acordo com três esquemas clássicos (CMF = ciclofosfamida, metotrexate e fluorouracil; AC = ciclofosfamida e doxorrubicina; ACT = ciclofosfamida, doxorrubicina e paclitaxel). Verificou que a incidência de toxicidade depende mais do tipo de droga utilizada do que da idade cronológica. Em estudos realizados, observou-se que os pacientes pioraram o desempenho físico após o início da quimioterapia quando se compararam antes e cerca de dois meses após o início do tratamento (HURRIA, 2007).

A escassez de estudos na literatura que avaliam a qualidade de vida de idosos em quimioterapia dificulta uma comparação direta com o presente estudo. (HORGAN, 2014) A piora do domínio “desempenho físico” já havia sido descrita em pacientes idosos pouco sintomáticos, quando se avaliou o efeito da quimioterapia por doença avançada/sintomática. Observou-se piora no desempenho físico naqueles que eram pouco sintomáticos; já para aqueles com mais sintomas, o desempenho físico melhorou após o início da quimioterapia. Isto demonstra que o efeito do tratamento, no desempenho físico, talvez seja benéfico para aqueles que tenham muitos sintomas da doença antes de iniciar a quimioterapia (DOORDUJIN, 2005).

A forma mais recomendada para a decisão de um tratamento oncológico para pacientes idosos tem sido através da utilização da avaliação geriátrica ampla (AGA), que apreende o idoso na multidimensionalidade com escalas confiáveis e já validadas de status funcional, desempenho físico, desempenho psicológico, comorbidades, condições socioeconômicas, síndromes geriátricas,

polifarmácia, nutrição e apoio social. A AGA auxilia na avaliação da idade funcional do idoso, que em muitos pacientes difere da idade cronológica, e identifica sinais de envelhecimento acelerado que podem diminuir a tolerância do tratamento. (DOORDUJIN, 2005) Os estudos são encorajadores, mas a AGA ainda não foi incorporada na prática clínica, nem foi utilizada na maioria dos estudos por ser demorada, exigir gastos e treinamento dos profissionais para sua aplicação (HORGAN, 2014).

Dessa forma, observou-se que a quimioterapia antineoplásica piorou o desempenho físico dos idosos, mas não houve alteração da qualidade de vida desses pacientes, exceto para aqueles mais sintomáticos, que pioraram durante o tratamento. Com isso, salienta-se a importância de continuar realizando mais estudos sobre qualidade de vida relacionada à saúde, para que se possa definir o tratamento mais adequado para essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, na população idosa, é necessário que exista um tratamento quimioterápico diferenciado, com relação ao dos adultos, principalmente em cânceres bem prevalentes na sociedade, como o câncer de mama, devido a diferentes efeitos adversos das drogas e impactos na qualidade de vida dos doentes. É preciso que os pesquisadores continuem investigando modos para um tratamento mais eficaz e menos danoso na vida dessas pessoas, buscando uma boa qualidade de vida para os mesmos.

REFERÊNCIAS

- FERREIRA, M. L.; SOUZA, A.; FERREIRA, L.; MOURA, J. F.; JÚNIOR, J. **Qualidade de vida relacionada à saúde de idoso em tratamento quimioterápico**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.
- MIRANDA, T.; KALIKS, R.; FILHO, W.; GIGLIO, A. **Câncer de mama na mulher idosa – a visão do geriatra**. São Paulo: Einstein, 2008.
- SOUZA, C.; FUSTINONI, S.; AMORIM, M. H.; ZANDONADE, E.; MATOS, J.; SCHIRMER, J. **Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil**. Rio de Janeiro: Ciência de saúde coletiva, 2015.
- VEJA, M. C.; LAVIANO, A.; PIMENTEL, G. **Sarcopenia e toxicidade mediada pela quimioterapia**. São Paulo: Einstein, 2016.
- DELGADO, G. **Tratar ou não tratar os idosos portadores de câncer?** São Paulo: Revista Faculdade Ciência Médica Sorocaba, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- HURRIA, A.; NAEIM, A.; ELKIN, E.; LIMAYE, S.; GROVER, A.; HUDIS, C.; et al. **Adjuvant treatment recommendations in older woman with breast cancer: a survey of oncologists**. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2007; 61(3):255-60.
- VICINI, F.A.; RECHT, A. **Age at diagnosis and outcome for woman with ductal carcinoma-in-situ of the breast: a critical review of the literature**. *J Clin Oncol*. 2002; 20(11):2736-44.
- BOUCHARD, C.; RAPITI, E.; FIORETTA, G.; LAISSUE, P.; NEYROLD-CASPAR, I., SCHAFER, P; et al. **Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly woman**. *J Clin Oncol*. 2003;21(19):3580-7.

WILDIERS, H.; HEEREN, P.; PUTS, M.; TOPINKOVA, E.; JANSSENHEIJNEN, M.L.; EXTERMANN, M.; et al. **Internacional Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer**. J Clin Oncol 2014;32(24):2595-603.

HORGAN, A. M.; SERUGA, B.; POND, G.R., ALIKAI, S. M.; AMIR, E.; DE WIT, R.; et al. **Tolerability and efficacy of docetaxel in older men with metastatic castrate resistant prostate cancer (mCRPC) in the TAX 327 trial**. J Geriatric Oncol 2014;5(2):119-26.

DOORDUJIN, J.; BUJIT, I.; HOLT, B.; STEIJAERT, M.; UYL-DE GROOT, C.; SONNEVELD, P. **Self-reported quality of life in elderly patients with aggressive Non-Hodgkin's lymphoma treated with CHOP chemotherapy**. Eur J Haematol 2005;75(2):116-23.

¹ Liga Acadêmica de Mastologia da Paraíba – LAMAST.

² Discente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa/PB) e-mail: natalianavarrocosta@hotmail.com.

³ Discente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa/PB).

⁴ Docente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa/PB).

A SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO E A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM ANATOMOCLÍNICA NO PROCESSO DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Adrienne Araújo de Sarmiento Queiroga¹

Priscilla Anny de Araújo Alves²

Bianca Gomes Barros de Gomes³

Matheus Lavor de Souza²

Paulo Antônio Farias Lucena³

RESUMO

INTRODUÇÃO. A Síndrome do Túnel do Carpo (STC) é a mais frequente das síndromes compressivas e é definida pela compressão e/ou tração do nervo mediano ao nível do punho. É dividida em estágios precoce, intermediário e avançada, de acordo com os acometimentos e sintomatologias encontradas. O presente trabalho objetiva apresentar a importância da visão clínica, para abordagem e diagnóstico da STC, assim como a apresentação dos principais mecanismos do exame físico e anamnese. **MÉTODO.** Revisão integrativa através de artigos científicos contidos no banco de dados da SCIELO, Pubmed, Lilacs e sites de instituições de saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO.** O relato condizente com a dor neuropática e o esforço repetitivo compartimental são artifícios da anamnese, que possibilitam a confirmação do quadro clínico. Com relação ao exame físico, existem manobras específicas utilizadas como instrumento para a STC, é o caso de testes como o teste de Phalen, Phalen invertido, Finkelstein, Tinel, Allen e Watson. Tais mecanismos, junto aos exames de imagem, são complementares e impedem o diagnóstico tardio da STC e consequentes agravos dos sintomas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** O estudo permitiu a apresentação dos mecanismos anatomoclínicos que permitem o diagnóstico da STC, bem como a sua importância para uma abordagem terapêutica precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome do Túnel do Carpo, Exame físico, Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Túnel do Carpo (STC) é a mais frequente das síndromes compressivas e é definida pela compressão e/ou tração do nervo mediano ao nível do punho, sendo registrada na CID 10 – G56.0. O nervo mediano acometido é formado pela junção dos ramos terminais do fascículo lateral (C6, C7) e do fascículo medial (C8, T1). De acordo com nível de comprometimento anatomoclínico, existem três estágios de classificação: o precoce, o intermediário e o avançado.

O estágio precoce é caracterizado por apresentar sintomatologia intermitente, unicamente noturna, devido a múltiplos fatores. Esses fatores são: a tendência a posicionar o punho em flexão, aumentando a pressão intratúnel; assim como a redistribuição, em posição supina, dos fluidos às membranas superiores; a falta de um mecanismo de bomba muscular que ajude na drenagem dos fluidos intersticiais; e o aumento da pressão arterial na segunda metade da noite. O intermediário registra sintomas diurnos e noturnos, há presença de anomalias da microcirculação permanentes, com edema intersticial epineural e intrafascicular, o que causa um aumento de pressão dos fluidos endoneurais e um afluxo celular, com espessamento do envelope conjuntivo, notadamente do epineuro. Há também uma destruição da bainha de mielina e dos nodos de Ranvier. O avançado já envolve relatos de sintomatologia permanente e sinais de déficit sensitivo ou motor traduzidos pela interrupção de um número de axônios. Nesses casos, a recuperação dependerá do potencial de regeneração axonal do paciente, principalmente por causa da idade, da existência de uma polineuropatia e da severidade da compressão.

Dessa forma, é importante salientar a validade de uma anamnese e exame físico apurado para detecção precoce da patologia e otimização do percurso recuperativo do paciente. O presente trabalho objetiva apresentar a importância da visão clínica para abordagem e diagnóstico da STC, assim como a apresentação dos principais mecanismos do exame físico e anamnese.

MÉTODOS

Revisão integrativa através de artigos científicos contidos no banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), serviços da U.S. National Library of Medicine (Pubmed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e sites de instituições de saúde. Consiste em uma coleta bibliográfica acerca da abordagem clínica específica que envolve o paciente com Síndrome de Túnel de Carpo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como uma síndrome compressiva, a Síndrome do Túnel do Carpo configura-se no comprometimento do nervo mediano. Esse, é responsável pela inervação dos músculos do compartimento anterior do antebraço (exceto o músculo flexor ulnar do carpo e a metade ulnar do músculo flexor profundo dos dedos), cinco músculos intrínsecos da metade tenar da palma e pele da palma (Moore, 2014). Tal informação é relevante para a anamnese, pois o paciente pode descrever uma dor neuropática em choques elétricos, queimação, em agulhada, alfinetadas, ou até um formigamento localizado no antebraço e metade tenar da mão. Outros dados importantes ainda contidos na anamnese, são os referentes aos hábitos de vida e condições socioeconômicas, os mesmos podem esclarecer no que tange a etiologia da doença, já que fornecem dados ligados as ocupações do paciente e podem ser indicativo de uma lesão por esforço repetitivo (LER) por persistência de flexão do punho e aumento da pressão intratúnel.

Além da anamnese, pode-se utilizar do exame físico como mecanismo de confirmação diagnóstica. Existem manobras específicas utilizadas como instrumento para a STC, é o caso de testes como o teste de Phalen, Phalen invertido, Finkelstein, Tinel, Allen e Watson. O teste de Phalen e Phalen invertido consistem na instrução para que o paciente realize uma flexão do punho e coloque o dorso da mão em contato com a outra mão, permanecendo por 1 minuto. Seu resultado é positivo caso o paciente relate dormência ou dor na região inervada pelo mediano. O teste de Finkelstein se realiza pelo desvio ulnar ativo ou passivo, estando com o polegar aduzido e fletido na palma da mão, o paciente pode informar dor com forte sensação de agulhada sobre o processo estilóide do rádio.

No teste de Tinel, o médico percute com o seu indicador as regiões do túnel do carpo e do túnel de Gyon. No momento da percussão, nos trajetos dos nervos mediano e ulnar nos túneis carpais, o paciente refere à sensação de formigamento ou choque irradiado para o terceiro dedo no caso de síndrome do túnel do carpo e no quinto dedo no caso da inflamação do túnel do nervo ulnar. O teste de Allen é descrito como a manobra em que o médico instrui ao paciente que realize repetidas vezes o ato de abrir e fechar a mão, mantendo pressionadas a artéria radial e ulnar na altura do punho com os seus dedos polegares. Após perceber a fuga do sangue da mão do paciente, ou seja, a mão ficar pálida, deve-se soltar apenas um lado e testar o fluxo da artéria correspondente observando a coloração da mão. Se a mão voltar a ter a coloração normal, a artéria contribui significativamente e sua perfusão estará normal. A manobra deverá ser repetida soltando-se agora apenas o fluxo da outra artéria e observar a coloração da mão. Normalmente, ambas as artérias suprem adequadamente a mão, mas caso a cor da palma da mão demorar significa que após a liberação de ambas as artérias o examinador deverá concluir que a perfusão estará limitada e o teste será positivo.

Por último, no teste de Watson o examinador pressiona com o seu polegar sobre o osso escafoide e realiza passivamente no paciente um desvio de ulnar para radial. Em caso de instabilidade do osso escafoide da mão, essa manobra irá ocasionar um estalido doloroso ao paciente.

Portanto, temos aqui exposto os principais mecanismos anatomoclínicos que podem ser de uso para o atendimento e consequente diagnóstico da Síndrome do Túnel do Carpo, valendo-se

também citar o auxílio que pode ser garantido por exames de imagem como é o caso da eletromiografia e o Raio X.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto, foi possível demonstrar instrumentos pontuais da anamnese e do exame físico direcionados ao diagnóstico da Síndrome do Túnel do Carpo, assim como a importância desses para identificação da condição em estágio precoce, permitindo a minimização de danos ao tecido nervoso e favorecendo a recuperação de funções.

REFERÊNCIAS

ARENY M, Roser et al. Arteria Mediana Persistente (AMP) Bilateral de Gran Calibre em Sujeto Assintomático, *Rev. chil. Reumatol.* 2012; 28(1): 57-58.

CHAMMAS, Michel et al. Carpal tunnel syndrome - Part I (anatomy, physiology, etiology and diagnosis), *Rev. Bras. ortop.*, São Paulo, v.49, n.5, p.429-436, Oct. 2014.

COELI, Gustavo et al. Persistent Median Artery Thrombosis: Case Report, *Revista Ciências em Saúde* v1, n 2 Jul. 2011.

MAZER N, et al. Síndrome do túnel carpal aguda associada a trombose da artéria mediana persistente, *Ver. Bras. Ortop.*, São Paulo, — Vol. 28. No 4— Abril, 1993.

MORAES, David Fedrigo et al. Carpal tunnel syndrome: mobilization and segmental stabilization. *Fisioter. mov.*, Curitiba, v. 29, n. 3, p. 569-579, Sept. 2016 .

OKAMURA, ALDO et al. HOW DO BOARD-CERTIFIED HAND SURGEONS MANAGE CARPAL TUNNEL SYNDROME? A NATIONAL SURVEY. *Acta ortop. bras.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 48-53, Feb. 2018.

SADATSUNE, Eduardo Jun et al. Effect of preoperative gabapentin on pain intensity and development of chronic pain after carpal tunnel syndrome surgical treatment in women: randomized, double blind, placebo-controlled study. *São Paulo Med. J.*, São Paulo, v. 134, n. 4, p. 285-291, Aug. 2016.

¹ Relatora, Acadêmica da Faculdade Nova Esperança de Medicina, João Pessoa - PB, niannearaujo@gmail.com.

² Acadêmicos da Faculdade Nova Esperança de Medicina.

³ Orientador

ACÇÃO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL DA LIGA INTEGRADA DE GASTROENTEROLOGIA DA PARAÍBA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernando Salvo Torres de Mello¹
Tarciana Vieira da Costa¹
Jaciara Quércia Pereira Miranda²
Matheus Crispim Mayer Ramalho³
Alynne Pires Fonseca³

RESUMO

Introdução: O câncer colorretal é uma das principais causas de morte por câncer no mundo. Em cerca de 90% dos pacientes, o diagnóstico ocorre apenas quando há alguma sintomatologia. A colonoscopia é uma importante ferramenta para diagnóstico precoce. **Método:** Trata-se de um estudo descrito do tipo relato de experiência no qual a Liga Integrada de Gastroenterologia participou de um evento criado pela Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino com o objetivo de conscientizar a população a prevenção do câncer colorretal, através da exposição do Intestino Gigante. **Resultados e Discussão:** Esta exposição permitiu que os participantes tivessem uma experiência interativa, que foram demonstradas informações relativas à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Assim como a importância da colonoscopia para a realização precoce do diagnóstico da doença. **Considerações Finais:** Esse evento teve uma grande importância para orientar e conscientizar a população acerca da doença e suas formas de prevenção.

PALAVRAS- CHAVE: Câncer Colorretal, Prevenção, Colonoscopia.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é um dos cânceres mais comuns e uma das principais causas de morte por câncer em todo o mundo. Embora este possua lesões precursoras facilmente reconhecíveis, uma característica que torna um candidato ideal para detecção e tratamento precoces, cerca de 90% dos pacientes são diagnosticados apenas quando desenvolvem alguma sintomatologia ou quando apresentam alterações laboratoriais ou radiográficas (MORENO, 2015; TRIANTAFILLIDIS,2015)

Os pacientes com CCR identificados na colonoscopia de triagem geralmente encontram-se em um estágio inicial da doença e também possuem melhores resultados, independente do seu estágio. Além disso, os que realizaram a colonoscopia e não tiveram achados positivos, possuem uma menor probabilidade de desenvolver um CCR. Outro fator de grande importância é que a realização das colonoscopias de triagem possuem grande eficácia na detecção de adenomas em indivíduos assintomáticos. (NIKURA,2017; TARIQ,2018; TRIANTAFILLIDIS,2015).

Várias ações, organizadas por diferentes sociedades médicas e instituições de saúde, tem objetivado fornecer adequada orientação à população geral sobre esta doença, e seus métodos de prevenção. Na experiência ora relatada, a participação da Liga Integrada de Gastroenterologia da Paraíba (LIG-PB) no evento chamado de Intestino Gigante, teve como objetivo utilizar esta ação para promover educação em saúde sobre a prevenção e rastreamento do câncer colorretal, alertando a população sobre a ocorrência de lesões precursoras mesmo em indivíduos assintomáticos, mostrando a importância da realização da colonoscopia após os 50 anos para detecção dessas lesões.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Experiência, no qual os ligantes da Liga Integrada de Gastroenterologia da Paraíba- LIG/PB relatam sua experiência ao participaram do

evento Intestino Gigante, promovido pela ABRAPRECI em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Fundação Napoleão Laureano, realizado no Espaço Cultural José Lins do Rego, na cidade de João Pessoa-PB, no período de 27 a 30 de Setembro de 2018, no horário das 08:00 às 22:00 horas. Neste evento, compareceram cerca de 4.500 pessoas. A entrada ao Intestino Gigante se deu de forma gratuita e teve como público-alvo a população em geral. Grupos de 10 pessoas eram formados, e estes, antes de adentrar ao Intestino Gigante, assistiam uma vídeo-aula autoexplicativa acerca do assunto. O Intestino Gigante, que possuía 20 metros de extensão e 3 metros de altura, permitiu que o visitante tivesse uma experiência interativa, com circuito de duração aproximada de 8 minutos, caminhando sob a supervisão de monitores (onde atuavam os ligantes da LIG-PB), médicos, residentes e estudantes de medicina, no interior da instalação que simulava o intestino grosso, podendo visualizar exemplos das principais doenças que acometiam esse órgão, com destaque ao câncer colorretal, bem como informações relativas à prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças e a importância da adesão a hábitos alimentares adequados, como uma dieta rica em fibras, a fim de evitar tais doenças.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Intestino Gigante é uma exposição itinerante que já visitou aproximadamente 60 municípios brasileiros, desde 2004, com finalidade educativa. Em João Pessoa, a exposição ocorreu em uma parceria da ABRAPRECI com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Fundação Napoleão Laureano, cujo objetivo foi orientar a população sobre a prevenção do câncer colorretal.

O câncer colorretal é a terceira neoplasia maligna mais frequente no mundo e vem assumindo grande proporção em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Mesmo com o avanço tecnológico na área de rastreamento e tratamento, o aumento da incidência da doença é motivo de preocupação mundial. A identificação de lesões precursoras ou em estágio inicial da doença diminui significativamente os índices de morbidade e mortalidade.

Os sintomas iniciais são consequências do tipo de tumor e sua localização, sendo os principais sinais e sintomas sugestivos: sangramento nas fezes, massa abdominal, perda de peso, anemia e mudança de hábito intestinal. Os principais fatores de risco para o CCR incluem o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ingestão de gordura animal, tabagismo e falta de exercícios físicos (MARLEY; NAN, 2016).

O tratamento do CCR depende do tamanho, localização, extensão do tumor e saúde geral do paciente (REDDY et al., 2015). Atualmente existem várias modalidades terapêuticas para tratamento do câncer colorretal como cirurgia (curativa ou paliativa), quimioterapia, e radioterapia, que podem ser usadas isoladas ou associadas (PLUMMER et al., 2016).

As medidas preventivas incluem dieta balanceada com uso limitado de gorduras saturadas, aumento do consumo de frutas e vegetais, e diminuição da ingestão de carne vermelha. Também estão incluídos a diminuição ou abandono do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, praticar atividades físicas de forma regular e controlar o peso corporal. Para os casos de caráter individual (hereditários), é indicado o aconselhamento genético destinado às pessoas com o histórico familiar de câncer envolvendo parente com idade inferior a 50 anos, e membros de famílias com histórico de polipose no cólon (MARLEY; NAN, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exposição do Intestino Gigante conseguiu atingir um público de 4.500 pessoas, sendo possível observar que grande parte da população não apresentava um conhecimento sobre esta doença e os métodos de rastreio. Então esse momento foi essencial para que a população conseguisse tirar suas dúvidas sobre o câncer colorretal. Além disso, a ação trouxe um importante benefício para a comunidade acadêmica, pois possibilitou um contato maior entre os estudantes e os pacientes. Possibilitando assim que o acadêmico compreendesse a importância das intervenções educativas na prevenção das doenças. Ademais, espera-se que essa ação promova um impacto nos indicadores de

saúde do município de João Pessoa quanto ao diagnóstico precoce do câncer colorretal, possibilitando assim uma maior eficácia no tratamento e, conseqüentemente, uma redução da morbimortalidade desses pacientes.

REFERÊNCIAS

MARLEY, A.R; NAN, H. Epidemiology of colorectal cancer. *Int. J Mol Epidemiol Genet.* n.7, v.3, p.105-114, 2016.

MORENO, Courtney C. et al. Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. **Clinical Colorectal Cancer And Other Gastrointestinal Malignancies**, [s. L.], 2015.

NIKURA, Ryota et al. Colonoscopy reduces colorectal cancer mortality: A multicenter, long-term, colonoscopy-based cohort study. **Plos One**, [s.l.], v. 12, n. 9, 28 set. 2017.

PELLISÉ, Maria. Colonoscopia en el cribado, seguimiento y tratamiento del cáncer colorrectal y sus lesiones precursoras. **Gastroenterología y Hepatología**, [s.l.], v. 38, p.71-77, set. 2015

PLUMMER, J.M; WILLIAMS, N.; LEAKE, P.A, et al. **Surgical quality in colorectal cancer.** *Ann Med Surg (Lond).* n.5, p.52-56, 2016.

TARIQ, Hassan et al. predicting the presence of adenomatous polyps during colonoscopy with National Cancer Institute Colorectal Cancer Risk-Assessment Tool. **World Journal of Gastroenterology**, [s.l.], v. 24, n. 34, p.3919-3926, 14 set. 2018.

TRIANTAFILLIDIS, John K.; VAGIANOS, Constantine; MALGARINOS, George. Colonoscopy in Colorectal Cancer Screening: Current Aspects. **Indian Journal of Surgical Oncology**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.237-250, 12 abr. 2015.

REDDY, E.V.; RAZVI, M.H; MOHAN, N; et al. **Rectal cancer: Time to change?** *Natl Med J India.* n.28, v.3, p.135-136, 2015.

¹ Cirurgião do Aparelho Digestivo dos Hospitais Santa Isabel e Orientador (Liga Integrada de Gastroenterologia da Paraíba).

¹ Gastroenterologista clínica do Hospital Ortopedia de Mangabeira e Orientadora (Liga Integrada de Gastroenterologia da Paraíba).

² Ligante relatora e Interna, da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba) - jaciara.miranda@hotmail.com.

³ Ligante e interno, da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM, João Pessoa, Paraíba).

³ Discente do Centro Universitário da Paraíba- UNIPÊ (UNIPÊ, João Pessoa, Paraíba).

ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS COM MANIFESTAÇÕES DE AGNOSIA VISUAL E AFSIA MOTORA: CONSIDERAÇÕES SOBRE TRÊS CASOS¹

Abel Barbosa de Araújo Gomes²

Caio Augusto Carneiro Da Costa³

Gabriela Lacourt Rodrigues³

Carolina De Moura Germoglio⁴

Ivana da Silva Cruz⁵

RESUMO

Introdução: A avaliação das agnosias e afasias são difíceis e tais pacientes são frequentemente excluídos dos estudos que descrevem déficits cognitivos pós-Acidente Vascular Cerebral. Tem-se como objetivo conscientizar sobre a importância clínica da semiologia. **Método:** Foram acompanhados três pacientes em ambulatório de neurologia. **Resultados:** Foram estudados 3 casos de acidentes vasculares cerebrais. Dois casos, pacientes BHS e FLM, apresentaram manifestações exclusivas de agnosia visual. O terceiro caso, paciente SMS, apresentou distúrbio súbito de linguagem há 9 dias do dia da consulta e ao exame neurológico fora identificada afasia motora, associada a ataxia de marcha. **Discussão:** As manifestações clínicas do AVC ao serem encaradas isoladamente podem sugerir certa peculiaridade diagnóstica importante durante todo o seguimento terapêutico e avaliação prognóstica de sequelas. **Comentários finais:** A relevância de se estudar casos em que as manifestações clínicas são sutis é evidenciar a importância de um rastreamento clínico atencioso a esses sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Neurologia, Isquemia, Anatomia

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte e a terceira causa mais comum de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade no mundo (PEREIRA, 2009). O número absoluto de pessoas com primeiro AVC aumentou em 68% nas últimas décadas em todo o mundo. Além disso, o número de pessoas que sobreviveram ao AVC aumentou em 84%. Se essa tendência persistir, no ano de 2030 o mundo terá 70 milhões de sobreviventes do AVC. No Brasil, apesar de a taxa de mortalidade decorrente do AVC ter diminuído em todo o país entre os anos de 2004 e 2009, essa doença ainda é uma das principais causas de morte. As tendências atuais da incidência do AVC no país ainda são desconhecidas (BACHA, 2016). Entretanto, devido ao envelhecimento populacional, à transição epidemiológica e à redução da letalidade do AVC em países de média renda, como o Brasil, é esperado que ocorra o aumento da incidência dessa doença, do número de sobreviventes e dos anos de vida perdidos por incapacidade (SANTOS, 2015; REIS, 2017).

A detecção precoce dos sinais e sintomas, aliada ao manejo e encaminhamento rápido e efetivo, são necessários para um desfecho clínico favorável. O tempo-alvo, considerado como janela terapêutica, é de até quatro horas e meia em situações de AVC isquêmico, quando a efetividade da reperfusão cerebral é maior. Nos casos de AVC hemorrágico ou isquêmico fora da janela terapêutica, o atendimento ágil e eficaz também é importante para controlar/evitar possíveis complicações (BARBOSA, 2017; MOURA, 2018).

Pesquisadores relatam que os distúrbios de linguagem são as principais sequelas geradoras de incapacidades funcionais. Estudos apontaram o AVC como a principal causa da afasia na contemporaneidade, que pode ser identificada em mais de 20% dos pacientes, atingindo até 40% na fase aguda. Pesquisadores ressaltam que a afasia leva a alterações linguísticas que comprometem a compreensão e expressão de símbolos verbais e/ou escritos, fator que limita a comunicação tanto

oral quanto escrita (ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014; BONINI, 2015).

O objetivo desse trabalho é mostrar a importância de uma boa avaliação semiológica para que casos em que as sequelas são discretas não passem despercebidos, que o profissional de saúde esteja atento a esses dados semiológicos e possa tratar o paciente da melhor forma possível.

MÉTODOS

Foram acompanhados três pacientes em ambulatório de neurologia no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio de Miranda Burity – João Pessoa, entre os meses de agosto a dezembro de 2018. O resumo foi realizado com base em estudo de caso descritivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram estudados 3 casos de acidentes vasculares cerebrais em pacientes com média de idade de 76 anos. Dois casos, pacientes BHS e FLM, apresentaram manifestações exclusivas de agnosia visual, o primeiro caso apresentando também, além da agnosia, apraxia do vestir-se. Ao resultado da ressonância, no paciente BHS, foram verificados achados de hipodensidade em região parieto-occipital à direita, já em FLM, na avaliação da tomografia computadorizada de crânio (TC), observaram-se lacunas isquêmicas antigas maiores à direita localizadas na substância branca periventricular adjacente aos cornos frontais dos ventrículos laterais, no centro semioval esquerdo, na hemiponte direita e nos hemisférios cerebelares. Além de revelar área de encefalomalácia na região occipital direita – provável sequela de natureza vascular na artéria cerebral posterior. O terceiro caso, paciente SMS, apresentou distúrbio súbito de linguagem há 9 dias do dia da consulta e ao exame neurológico fora identificada afasia motora, associada a ataxia de marcha. Ao exame de imagem TC, observou-se hipodensidade em regiões cerebelar à direita e parieto-occipital à esquerda sem efeito atrófico ou expansivo.

As manifestações clínicas do AVC ao serem encaradas isoladamente podem sugerir certa peculiaridade diagnóstica importante durante todo o seguimento terapêutico e avaliação prognóstica de sequelas. Aproximadamente um terço dos pacientes que sobrevivem as primeiras semanas após o AVC desenvolve afasia. Tal manifestação está associada ao aumento da mortalidade, pior recuperação funcional e menor chance de retorno ao trabalho. Referente aos distúrbios visuoespaciais, manifestações clínicas dos AVCs em lobo occipital como a agnosia visual Naess et al são singulares no que se refere à distribuição dos fatores de risco, etiologia e prognósticos a longo prazo em relação aos infartos localizados em outras áreas do cérebro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância de se estudar casos em que as manifestações clínicas são sutis e muitas vezes exclusivas como os do presente relato é evidenciar a importância de um rastreamento clínico atencioso a esses sintomas, que muitas vezes passam despercebidos e confundidos com diagnósticos diferenciais equivocados.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, João Sigefredo; REIS, Francisco Prado; FONSECA, Vânia. **Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe**. Revista CEFAC, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 853-862, maio/junho 2014.

BACHA, Jéssica Maria Ribeiro *et al.* **Impacto do treinamento sensório-motor com plataforma vibratória no equilíbrio e na mobilidade funcional de um indivíduo idoso com sequela de acidente vascular encefálico: relato de caso**. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 111-116, 2016.

BARBOSA, Breno José Alencar Pires *et al.* **Síndrome de gerstmann e ataxia óptica unilateral na sala de emergência.** *Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 459-461, 2017.

BONINI, Milena; RADANOVIC, Márcia. **Déficits cognitivos na afasia pós- AVE.** *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 73, n. 10, p. 840-847, 2015.

MOURA, Luna Vitória Cajé *et al.* **Manejo de idosos com Acidente Vascular Cerebral: estratégias a partir de pesquisa-ação.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Salvador, v. 71, n. 6, p. 3054- 3062., 2018.

PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama *et al.* **Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, setembro 2009.

REIS, Rogério Donizeti *et al.* **Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC).** *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 641- 650, 2017.

SANTOS, Emanuella Barros dos *et al.* **Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 797-803, 2015.

1 – Liga de Neurologia, Neurocirurgia e Neuroanatomia da Paraíba – NEUROLIGA/PB

2 – Acadêmico de Medicina,, Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, abelinogomes@gmail.com

3- Acadêmico de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba.

4- Acadêmica de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, João Pessoa, Paraíba.

5- Médica Neurologista.

ANÁLISE QUANTITATIVA DE INTERNAÇÕES E ÓBITOS POR AVC NO ESTADO DA PARAÍBA NOS ÚLTIMOS 34 ANOS¹

Gabriela Lacourt Rodrigues²

Caio Augusto Carneiro Da Costa³

Abel Barbosa De Araujo Gomes⁴

Ivana Silva Da Cruz⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acidente vascular cerebral é definido como o déficit focal agudo ocasionado por um distúrbio da perfusão cerebral. Objetivamos analisar o número de internações por AVC de janeiro de 1983 a março de 2018. **MÉTODO:** Foram utilizados os descritores: número de pacientes internados para: AVC não-especificado, faixa etária e ano de internação na base de dados DATASUS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Nesse período houveram 49.384 internações por AVC no estado da Paraíba (média de 1.470,1 internações por ano). Notou-se que a ocorrência dessa afecção aumentava com a idade e que sua prevalência anual teve uma queda acentuada nos últimos 10 anos, fato que atribuímos às mudanças de estilo de vida cada vez mais adotadas pela população. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A consolidação da saúde básica e seu papel no controle dos fatores de risco é primordial para que os números de hospitalizações por AVC sigam caindo nos anos seguintes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Cerebral, /epidemiologia, Hospitalização.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma síndrome que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral. O AVC é classificado em dois grupos: AVC isquêmico (AVCi) e o AVC hemorrágico. O mais frequente, com cerca de 85% dos casos, é o AVCi, que se caracteriza pela interrupção do fluxo sanguíneo (obstrução arterial por trombos ou êmbolos) em uma determinada área do encéfalo. No Brasil, o AVCi representa, na população nacional, entre 53% a 85% dos casos de AVC. Assim, objetivamos analisar o número de pacientes internados por AVC não-especificado no período de janeiro de 1984 a março de 2018 no estado da Paraíba.

MÉTODO

A coleta de dados foi feita por informações registradas no formulário eletrônico do DATASUS, pertencente ao Ministério da Saúde. Foram empregados os seguintes descritores: número de pacientes internados para: AVC não-especificado, faixa etária e ano de internação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período avaliado, houve 49.384 internações por AVC, com uma média de 1.470,1 internações por ano. Destas, 24,7% (n=12.168) ocorreram em indivíduos na faixa etária de 80 anos ou mais. As taxas de AVC em outras faixas de idade foram distribuídas do seguinte modo: 28,1% {n=13.898} na faixa etária de 70 a 79 anos;; 21,4% {n=10570} na faixa de 60 a 69 anos; 13,8% {n=6832} na faixa de 50 a 59 anos; 6,9% {n=3412} na faixa de 40 a 49 anos; 3% {n=1502}; na faixa de 30 a 39 anos;; 1,5% {n=735} na faixa de 20 a 29 anos;; 0,42% {n=206} na faixa de 15 a 19 anos e por fim 0,12% {n=61} na faixa etária de 14 anos ou menos. Quanto à divisão por ano: o ano com o maior número de internações foi 2003 {n=3197}, seguido em

ordem decrescente por 2004 {n=3172}, 2006 {n=3170}, 2002 {n=3163}, 1999 {n=3048}, 2005 {n=3027}, 2001 {n=2980}, 2007 {n=2855}, 1998 {n=2573}, 2000 {n=2553}, 2011 {n=2472}, 2009 {n=2346}, 2010 {n=2302}, 2008 {n=2088}, 2013 {n=1884}, 2012 {n=1760}, 2014 {n=1723}, 2017 {n=1623}, 2015 {n=1606}, 2016 {n=1518} e por fim, 2018 {n=273}.

Pode--se afirmar que as internações por AVC tiveram pico entre os anos de 1999 e 2006 e desde então apresentaram queda. Percebe--se um aumento de incidência com o avançar da idade e entre as faixas etárias de 40--49 e 50--59 houve aumento em 100% no número de casos. Possivelmente, a queda no número de internações por AVC nos últimos 10 anos se deve ao advento de várias intervenções por parte da sociedade, como a conscientização da necessidade em adquirir hábitos saudáveis como alimentação balanceada, prática de atividades físicas e cessação do tabagismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades de educação em saúde estão mais incisivas quanto as repercussões negativas do mau controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes. Porém, mesmo em queda, esta patologia ainda apresenta alta taxa de mortalidade e de sequelas permanentes. De tal modo, é de fundamental importância reiterar o papel da atenção básica nesse resultado, tanto por um melhor controle dos fatores de risco, quanto pelo incentivo da mudança do estilo de vida em seus usuários e as atividades de educação em saúde realizadas por esse serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acidente Vascular Cerebral -- AVC. 2017

CORREIA, João Paulo et al . Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. *Medicina Interna*, Lisboa , v. 25, n. 3, p. 213-223, set. 2018 .Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2018000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 18 mar. 2019.

FURLAN, Natalia Eduarda et al . Association between blood pressure and acute phase stroke case fatality rate: a prospective cohort study. *Arq. Neuro--Psiquiatr.*, São Paulo , v. 76, n. 7, p. 436-- 443, July 2018 .

HANAUER, Laíde et al . Comparação da severidade do déficit neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 217--223, June 2018 .
<http://dx.doi.org/10.24950/rspmi/revisao/200/3/2018>.

VICENTE, Vanessa Speckhahn et al . Prevalence of obesity among stroke patients in five Brazilian cities: a cross--sectional study. *Arq. Neuro--Psiquiatr.*, São Paulo , v. 76, n. 6, p. 367--372, June 2018 .

¹Neurologa-PB

²Graduanda em Medicina, FAMENE, Joao Pessoa, PB, lacourtgabriela@gmail.com.

³Graduando em Medicina, FAMENE, Joao Pessoa, PB.

⁴Graduando em Medicina, FAMENE, Joao Pessoa, PB.

⁵Médica Neurologista, UFPE, Recife, PE.

ANDROGENIZAÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DE ADENOMA ADRENOCORTICAL: RELATO DE CASO¹

Artur Menezes Marsicano de Araújo²
Clarissa Maria de Lima Santos Nascimento²
Kauê Tavares Menezes²
Maria Clara Pires D'Oliveira²
George Robson Ibiapina³

RESUMO

INTRODUÇÃO: os tumores adrenocorticais são raros e classificam-se como não funcionantes ou funcionantes, cursando com secreção de cortisol, aldosterona, andrógenos, estrógenos e intermediários da biossíntese dos esteroides, gerando variadas manifestações clínicas. **MÉTODO:** pesquisa realizada em Centro Médico de Saúde Nova Esperança I. Amostra foi constituída por paciente tratada com cirurgia de adrenalectomia com melhora clínica posterior. O instrumento utilizado foi um formulário com dados e informações do prontuário. **RELATO DE CASO E DISCUSSÃO:** S.C.S, sexo feminino, 63 anos, procurou serviço de endocrinologia com história de dor progressiva de forte intensidade em hipocôndrio direito, associada a perda de peso, vômitos frequentes, dispneia e adinamia no interrogatório sintomatológico, com presença de sinais de androgenização no exame físico. Houve melhora clínica e conseguinte estado assintomático. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** importância de anamnese e exame físico, somados aos exames de complementares, para definição diagnóstica e início de terapêutica precoce adequada.

PALAVRAS-CHAVE: adenoma adrenocortical, hiperandrogenismo, virilismo.

INTRODUÇÃO

Os tumores adrenocorticais (adenomas ou carcinomas) são raros (2 a 9%) e geralmente não-funcionantes, mas podem cursar com secreção de cortisol, aldosterona, andrógenos, estrógenos e intermediários da biossíntese dos esteroides, gerando variadas manifestações clínicas tais como hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing (mais comum quando adenoma), androgenização (mais comum quando carcinoma), feminilização, ou a combinação destas. Possuem difícil diferenciação histopatológica necessitando cada vez mais da imuno-histoquímica para elucidação diagnóstica. Tumor virilizante dificilmente apresenta-se como adenoma e é mais frequente na primeira década de vida.

Assim, é de suma importância a análise de um caso clínico de adenoma adrenocortical, em contraste com os diversos tipos de massa adrenais encontradas e suas características peculiares, que neste caso, evidencia a apresentação incomum, pois tumor virilizante dificilmente apresenta-se como adenoma alpe de, quando presente, ser mais frequente na primeira década de vida. A particularidade da apresentação clínica a ser apresentada para a característica do tumor adrenal encontrado necessita de realce no meio médico, pois além de possuir difícil elucidação diagnóstica, necessitando cada vez mais da imunohistoquímica, deve ser exposto que nem sempre todas as manifestações clínicas de um determinado tumor adrenocortical devem estar presentes de forma combinada, devendo o profissional médico suspeitar casos atípicos visando o diagnóstico precoce e a melhor terapêutica para maior qualidade de vida do paciente.

MÉTODO

Trata-se de estudo clínico observacional com abordagens quantitativa e qualitativa, que será usado para descrever um caso clínico de uma paciente diagnosticada com androgenização e síndrome clínica isolada de hiperandrogenismo, por adenoma adrenocortical, tratada com cirurgia de adrenalectomia, por meio de entrevista com a própria paciente somada a dados de seu prontuário médico. A pesquisa foi realizada no Centro Médico de Saúde Nova Esperança I, localizado na Av. Liberdade, 1596, na cidade de Bayeux – PB. O instrumento utilizado foi um formulário com informações do prontuário da paciente. O material coletado foi selecionado e analisado com base no método quantitativo e qualitativo. A análise realizada a partir das anotações coletadas pelos pesquisadores e os resultados encontrados foram correlacionados com o que revela a literatura médica.

A presente pesquisa respeita os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/2012, no art. III, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012), como também a Resolução 1931/2009 CFM, Capítulo XII, versa sobre ensino e pesquisa médica. Nesse sentido o pesquisador responsável, declara no termo de compromisso que conhece e cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares em todas as fases desta pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (00158818.1.0000.5179).

RELATO DE CASO E DISCUSSÃO

S.C.S., sexo feminino, 63 anos, procurou serviço de endocrinologia com história de dor progressiva de forte intensidade em hipocôndrio direito, associada a perda de peso, vômitos frequentes, dispneia e adinamia no interrogatório sintomatológico, com presença de sinais de androgenização no exame físico, tais como hirsutismo severo, virilismo, queda de cabelo acentuada, aumento da libido e leve aumento proporcional de massa muscular. Relatou diabetes e hipertensão como doenças associadas. Foram solicitados exames laboratoriais hormonais com resultados: FSH 69,87 mUi/mL; LH 37,38 mUi/mL TSH 2,34 µUI/mL, T4L 0,91ng/dL, cortisol 12,96 µg/dL, testosterona 320,75 ng/dL, estradiol 58 pg/mL. Foram realizadas USG de abdome total e TC de abdome com contraste evidenciando processo neoplásico interrogado de 5,2 x 3,5 cm na glândula adrenal direita. Diante disso, submeteu-se a adrenalectomia direita com exame histopatológico inconclusivo para adenoma ou carcinoma em duas amostras, necessitando de análise imunohistoquímica (ki-67) posterior que favoreceu diagnóstico de adenoma. Logo, apresentou melhora laboratorial com os seguintes resultados: testosterona total 24,31 ng/dL, DHEA 1,2 ng/mL, SDHEA 26 ug/dL, cortisol basal após 1 mg de dexametasona 0,7 ug/dL, aldosterona 12 ng/dL, então, um retorno da testosterona após cirurgia aos níveis basais de referência do método. Houve melhora clínica da androgenização e conseguinte estado assintomático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relata-se um caso raro de androgenização feminina como manifestação isolada de um adenoma adrenocortical, pela epidemiologia e quadro clínico atípicos, evidenciando-se a importância de anamnese e exame físico minuciosos, somados aos exames de imagem e laboratoriais, para definição diagnóstica e início de terapêutica precoce adequada.

REFERÊNCIAS

ABIVEN, G.; et al. **Bio clinical features in the prognosis of adrenocortical cancer: poor outcome of cortisol-secreting tumors from a series of 202 consecutive patients.** Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. V. 91, n.7, p.2650–2655, Jul. 2006.

ALLOLIO, B.; et al. **Management of adrenocortical carcinoma**. *Clinical Endocrinology*. V.60, n.3, p.73-87, mar. 2004.

FLACK, M. R.; CHROUSOS, G. P. **Neoplasms of the adrenal cortex**. In: Holland R, ed. *Cancer Medicine*, 4 Ed. New York: Lea and Fibinger; 1996. P. 1563-1570.

GUTIÉRREZ, R. R.; et al. **Pure Androgen-Secreting Adrenal Adenoma Associated with Resistant Hypertension**. *Case Reports in Endocrinology*, p.1-4, maio 2013.

ÑIGUEZ-ARIZA, Nicole M.; et al. **Clinical, Biochemical, and Radiological Characteristics of a Single-Center Retrospective Cohort of 705 Large Adrenal Tumors**. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, v. 2, n. 1, p. 30-39, 2018.

LIBÉ, R.; FRATTICCI, A.; BERTHERAT, J. **Adrenocortical cancer: pathophysiology and clinical management**. *Endocrine Relat Cancer*, 14(1): 13-28, mar 2007.

LUTON, J.P.; et al. **Clinical features of adrenocortical carcinoma, prognostic factors, and The effect of mitotane therapy**. *New England Journal of Medicine*. V.322, n.17, p.1195-1201.

MORENO, M. G. A.; ROMÁN, P. J.; ARGENTE, J. **Tumores suprarrenales en la infancia**. *Anales de Pediatría*. V.79, n.3, p.187.e1-187.e16, 2013.

NIEMAN, L.; **Pitfalls in the diagnosis and differential diagnosis of Cushing's syndrome**. *Clin Endocrinol (Oxf)*. V.80, n.3, p.333-334, mar. 2014.

TONG, A.; et al. **Pure Androgen-Producing Adrenal Tumor: Clinical Features and Pathogenesis**. *Endocrine Practice*. V.23, n.4, p.399-407. 2017.

VILLAR, Lúcio. **Endocrinologia clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

WAJCHENBERG, B.L.; et al. **Adrenocortical carcinoma: clinical and laboratory observations**. *Cancer*. V.88, n.4, p.711-736, fev. 2000.

YANG, G.; et al. **Increased 3 β -hydroxysteroid dehydrogenase 2 and 17 α -hydroxylase activities in a virilized adolescent female with adrenal adenoma: A case report**. *Experimental and Therapeutic Medicine*. V.11, n.2, p.530-534. 2015.

¹ Liga Acadêmica de Endocrinologia Clínica da Paraíba (LAEC-PB).

² Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB), arturmarsicano@hotmail.com.

³ Médico Endocrinologista e docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO LEIGA ACERCA DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) E REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Carolina Cabral de Carvalho²
Rayanne Kalinne Neves Dantas²
Igor de Araújo Batista Pontes²
Matheus Braga Pordeus²
Oswaldo Bezerra Cascudo Filho³

RESUMO

Introdução: A morte súbita é uma das principais causas de morte, sendo importante capacitar profissionais de saúde e leigos para o seu enfrentamento. O objetivo do trabalho é analisar o conhecimento da população leiga acerca de PCR e RCP. **Métodos:** A coleta de dados ocorreu durante campanha do Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar, em João Pessoa-PB. **Resultados:** Dos 202 participantes, 60,4% afirmaram saber o que é PCR e 39,6% não; sobre como proceder, 56,4% disseram saber e 43,6% não. 61,7% das mulheres afirmaram saber identificar, porém 54% acertaram; das 50,4% que afirmaram saber proceder, 24,3% acertaram. Dos homens, 58,6% afirmaram saber identificar; 55% acertaram; dos 64,3% que afirmaram saber como proceder, 37,8% acertaram. Durante a simulação, 60% acertaram a RCP e os erros identificados foram: frequência das compressões, profundidade, posicionamento e flexão de cotovelos. **Conclusão:** Observa-se que, com treinamento, a maioria das pessoas consegue realizar a RCP corretamente.

PALAVRAS-CHAVE: Parada cardíaca, Morte súbita cardíaca, Reanimação cardiopulmonar

INTRODUÇÃO

A morte súbita é uma das principais causas de morte no mundo, sendo importante conscientizar e capacitar profissionais de saúde e leigos para o seu enfrentamento. Um atendimento precoce pode reduzir mortalidade por meio da RCP e diminuir as sequelas neurológicas. A morte súbita, para fins didáticos, envolve a perda da consciência em até 1 hora após os sintomas de alteração aguda do estado cardiovascular. No entanto, sabe-se que o contexto da morte súbita se insere numa perspectiva de imprevisibilidade, não obedecendo necessariamente ao aparecimento de sintomas premonitórios ou ao intervalo de tempo previamente estabelecido. (CARDOSO, 2017)

Na PCR, há quatro modalidades de ritmos cardíacos que quando instalados podem gerar um déficit de perfusão ao proporcionar um fluxo sanguíneo inadequado: fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, atividade elétrica sem pulso e assistolia. O ritmo encontrado na PCR extra-hospitalar, em cerca de 60 a 80% dos casos, é a fibrilação ventricular. Evidentemente, que o tempo-resposta da equipe de socorro interfere nesse achado, pois se o músculo persistir em fibrilação ventricular, a injúria miocárdica será generalizada, culminando inevitavelmente para a assistolia após 10 minutos. (NASCIMENTO, 2018).

O suporte básico se inicia ao se verificar a segurança da cena, no qual o socorrista, independentemente de ser ou não treinado, deve checar a consciência da vítima, por meio do chamado verbal e contato físico. Se o paciente responder ao chamado, significa presença de fluxo sanguíneo cerebral, afastando a possibilidade de PCR; caso contrário, há uma maior probabilidade de PCR. Recomenda-se atualmente uma avaliação rápida e objetiva da respiração concomitantemente à verificação do nível de consciência, por meio da observação da presença ou ausência de movimentos respiratórios normais. O chamado por socorro é fundamental em situações de emergência como a

PCR, sendo uma das principais medidas o acesso rápido ao desfibrilador elétrico automático/semiautomático (DEA), devendo-se solicitá-lo sempre. Esse aparelho deve estar disponível em locais de grande aglomeração de pessoas, como shoppings e aeroportos.

Estudos apontam que a sobrevivência advinda da assistência extra-hospitalar corresponde a menos que 6,4% quando comparada à intra-hospitalar. A Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que ocorra cerca de 200 mil PCR/ano, metade sendo extra-hospitalar, das quais menos de 1 em cada 3 vítimas recebe socorro de um espectador. Dito isso, o objetivo deste trabalho é analisar o conhecimento da população leiga acerca do PCR e RCP e, a partir dos dados, avaliar a necessidade de implementar atividades de educação em saúde acerca do tema.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, no qual acadêmicos de medicina observaram a realização da PCR pela população leiga, além de aplicaram um breve questionário acerca da identificação de uma parada cardiorrespiratória durante a campanha do Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar, em agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, PB. Da amostra, foram retirados os indivíduos com menos de 10 anos de idade, mais de 70 anos de idade, profissionais da saúde e bombeiros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 202 participantes para a análise dos dados, dos quais 115 (57%) eram mulheres e 87 (43%), homens. A menor e a maior idade foram 10 e 69 anos, respectivamente, com média de 33 anos. Sobre como identificar a PCR, 122 (60,4%) afirmaram saber e 80 (39,6%) não sabiam; Sobre como proceder diante de uma PCR, 114 (56,4%) disseram saber e 88 (43,6%) não sabiam.

Em relação ao sexo, 71 (61,7%) mulheres afirmaram saber identificar a PCR, porém apenas 62 (54%) acertaram (8 citaram sintomatologia de infarto agudo do miocárdio e 1 citou convulsão); das 58 (50,4%) que afirmaram saber como proceder, apenas 28 (24,3%) acertaram (29 citaram tratamento medicamentoso e 1 citou SAMU, mas não conhecia a manobra de RCP). Dos homens, 51 (58,6%) afirmaram saber indentificar a PCR, dos quais 48 (55%) acertaram (3 citaram sintomatologia de infarto agudo do miocárdio); dos 56 (64,3%) que afirmaram saber como proceder, 32 (37,8%) acertaram (18 citaram tratamento medicamentoso e 6 falaram SAMU, mas não conheciam a manobra de RCP).

Durante a simulação com os manequins, 121 (60%) acertaram a RCP, 26 (13%) erraram a frequência das compressões, 25 (12,4%) erraram a profundidade, 18 (9%) erraram o posicionamento do corpo e/ou das mãos, 18 (9%) flexionaram os cotovelos e 6 (3%) não quiseram realizar. Para uma boa eficiência das compressões deve-se ficar atento ao local correto para posicionamento das mãos, que é na metade inferior do esterno, no centro do tórax. Posiciona-se a região hipotenar da mão dominante e sobre ela a outra mão, com os braços estendidos formando um ângulo de 90 graus com o solo.

Portanto, notou-se que a maioria da população leiga que participou da campanha, sabia como identificar uma parada cardiorrespiratória, mas erravam na hora de responder como proceder. Através da simulação com os manequins, o público foi treinado para fazer a RCP da forma correta, sobre a necessidade de chamar o SAMU e pedir o DEA, conseguindo a maioria realizar corretamente o passo a passo. Na minoria que errou, pode-se perceber que houve falha: na frequência de compressões, na profundidade, no posicionamento do corpo e/ou das mãos e na flexão dos cotovelos. Desta maneira, demonstrou-se a importância do treinamento de RCP no processo de educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar que a maioria da população leiga sabia identificar uma PCR, mas não sabia como proceder da forma correta. Com correto treinamento, a maior parte das pessoas conseguiram realizar a RCP corretamente. Portanto, a abordagem deste tema na educação em saúde é necessária, uma vez que as manobras iniciadas corretamente irão aumentar as chances de sobrevivência da vítima e prevenir complicações.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, Rafael Rodrigues et al. Suporte básico de vida para leigos: uma revisão integrativa. **Revista Unimontes Científica**. Montes Claros, v. 19, n. 2, 2017.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. Conhecimento e Interesse sobre Suporte Básico de Vida entre Leigos. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 29, n. 6, pp. 443-452, 2016.

GONZALEZ, Maria Margarita et al. I diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia: resumo executivo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 2, p.105-113, 2013.

GUIMARAES, Maressa Ribeiro et al. Revisão de literatura: Reanimação cardiopulmonar. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.5, n. 1, p. 3-12, 2015.

NASCIMENTO, Valério Marcelo Vasconcelos et al. **Manual de Cardiologia para Graduação**. 1ª edição. Salvador: Sanar, 2018.

SILVA, Jaine Karenny et al. Suporte básico de vida para leigos: Relato de atividades extensionistas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 1, pp. 190-203, 2017.

¹ Liga Acadêmica de Cardiologia da Paraíba (CARDIOLIGA-PB).

² Graduanda de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB) - carolinacabral_10@hotmail.com.

² Graduanda de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

² Graduando de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM, Cabedelo, PB).

² Graduando de Medicina, Universidade Federal da Paraíba (UFPB, João Pessoa, PB).

³ Médico, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

CORRELAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ENTRE OS CASOS CONFIRMADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA E ESCOLARIDADE MATERNA NO PERÍODO DE 2008 À 2017 NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB – DADOS DO DATASUS¹

Sabrina Severo de Macêdo Duarte²

Rinaldo Moreira Pinto Filho²

Mariana de Almeida Melo²

Anderson Sidney de Almeida Bidô²

Sinval Cavalcanti Neto³

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sífilis é uma doença infectocontagiosa e sexualmente transmissível. Pode também ser transmitida verticalmente, por transfusão de sangue ou por contato com sangue contaminado. **MÉTODO:** Estudo descritivo e retrospectivo, realizado a partir do DATASUS. Analisou-se de forma comparativa os casos confirmados de Sífilis Congênita e a Escolaridade Materna em João Pessoa- PB e no Brasil, entre 2008 à 2017. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Estudos recentes revelam que a sífilis gestacional tem maior prevalência nas mulheres com pouca escolaridade e baixa renda devido ao pouco acesso aos serviços de saúde, o que dificulta uma assistência pré-natal adequada. Evidenciou-se que pode haver uma associação significativa entre as gestantes com sífilis que apresentam escolaridade igual ou inferior a oito anos de estudo e a ocorrência da doença no conceito. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dessa forma, pode-se inferir que casos de sífilis congênita diagnosticados podem estar relacionados a uma baixa escolaridade das gestantes.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Sífilis Congênita; Doenças Sexualmente Transmissíveis;

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa e sexualmente transmissível. Pode também ser transmitida verticalmente, por transfusão de sangue ou por contato com sangue contaminado. Mundialmente, a sífilis ainda afeta um número elevado de gestantes. Segundo Newman et al(2013), estima-se que, em 2008, cerca de 1,36 milhão de gestantes apresentavam sífilis ativa, com mais de meio milhão de desfechos negativos, representados por perdas fetais com 22 ou mais semanas gestacionais, óbitos neonatais, recém-natos prematuros ou com baixo peso ao nascer e recém-natos infectados. A notificação de casos de sífilis congênita também tem aumentado em todas as regiões do Brasil, tendo alcançado a incidência de 4,7 casos por mil nascidos vivos em 2013. O objetivo do trabalho é analisar a relação entre o nível de escolaridade materna e a sífilis, e seu padrão epidemiológico em João Pessoa.

MÉTODO

Estudo descritivo e retrospectivo, realizado a partir do DATASUS - Banco de Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde). Analisou-se de forma comparativa os casos confirmados de Sífilis Congênita e a Escolaridade Materna em João Pessoa- PB e no Brasil, no período de 2008 à 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos recentes revelam que a sífilis gestacional tem maior prevalência nas mulheres com pouca escolaridade e baixa renda devido ao pouco acesso aos serviços de saúde, o que dificulta uma assistência pré-natal adequada. Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento das gestantes e dos parceiros são prejudicados. Evidenciou-se que pode haver uma associação significativa entre as gestantes com sífilis que apresentam escolaridade igual ou inferior a oito anos de estudo e a ocorrência da doença no conceito. Isso geralmente acontece, pois a baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação, a um escasso entendimento sobre a importância dos cuidados com a saúde e, especialmente, às medidas de prevenção para evitar contaminação pela doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se inferir que casos de sífilis congênita diagnosticados podem estar relacionados a uma baixa escolaridade das gestantes. Além disso, tendo em vista a falta de políticas públicas e de assistências eficientes para reverter a situação, os casos de sífilis só aumentaram - exceto do ano de 2015 para 2016. Dessa forma, novas formas de prevenção, proteção e promoção à saúde dessas mulheres devem ser realizadas, em todos os níveis de assistência, com o intuito de reverter esse quadro alarmante.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014

Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis: Manual de Bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos. **Maternal and congenital syphilis: A persistent challenge**. Cadernos de saúde pública, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. **Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, p. 681-694, 2015.

GUERRA, Heloísa Silva et al. **SÍFILIS CONGÊNITA: REPERCUSSÕES E DESAFIOS**. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 46, n. 3, p. 194-202, set. 2017.

¹ Liga Acadêmica de Pneumologia da Paraíba.

² Estudante de Medicina. FAMENE, João Pessoa Paraíba, sabrinasevero@hotmail.com.

² Estudante de Medicina. FAMENE, João Pessoa Paraíba.

³ Médico Clínico Geral.

TÍTULO: EMPIEMA PLEURAL: DESAFIO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E DO TRATAMENTO ADEQUADO¹

Robson Prazeres de Lemos Segundo²

José Moreira dos Santos Netto³

Ana Cristina Ferreira Costa⁴

Milena da Nóbrega Dias⁴

Nathália Pinheiro Nascimento⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: O derrame pleural é o desequilíbrio entre a produção (ou extravasamento) de fluido e sua reabsorção do interior da cavidade pleural, um de seus exemplos é o empiema pleural. Este é caracterizado por coleção purulenta na cavidade pleural. **MÉTODO:** Apresenta-se como um estudo bibliográfico e descritivo cujo escopo favoreceu a síntese e análise de revisões existentes acerca da temática investigada, sendo agregada sua fisiopatologia, manifestação e formas cirúrgicas de tratamento. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Na maioria das vezes, está associado a uma pneumonia bacteriana subjacente, constituindo-se na progressão do derrame parapneumônico complicado sendo que 60% originam-se de infecções pulmonares pré-existentes, 20% secundárias a procedimentos cirúrgicos torácicos, e 10% decorrente de traumatismo torácico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A drenagem cirúrgica, nas suas diversas formas, constitui o método terapêutico de escolha. A importância desse procedimento consiste na limpeza da cavidade pleural, na drenagem do líquido pleural e na re-expansão pulmonar.

PALAVRAS-CHAVE: Derrame pleural, Infecção, Cavidade pleural

INTRODUÇÃO

O Pulmão é revestido e protegido por pleuras (folheto visceral e parietal), as quais têm a função de auxiliar no processo de expansão e deflação pulmonar durante a ventilação, além da produção e absorção do líquido pleural lubrificante, manutenção da pressão subatmosférica e compartimentalização pulmonar. O líquido pleural é reabsorvido através da pleura parietal por efeito de massa através de estomas linfáticos. O derrame pleural é o desequilíbrio entre a produção (ou extravasamento) de fluido e sua reabsorção do interior da cavidade pleural e seus exemplos são: hidrotórax, piotórax ou empiema pleural, hemotórax e quilotórax.

O empiema pleural é caracterizado por coleção purulenta na cavidade pleural e tem na drenagem cirúrgica seu método terapêutico de escolha. Considerado como causa frequente de internação hospitalar e de elevada morbidade, o empiema pleural, apesar da evolução dos tratamentos clínicos e cirúrgicos, permanece com a taxa de mortalidade em alta, podendo variar de acordo com a faixa etária e a doença de base. Ele pode resultar de contaminação bacteriana da cavidade pleural por germes que se deslocaram através do pulmão, parede torácica ou mediastino; secundário a infecções sistêmicas ou à distância, além da contaminação direta da cavidade pleural por trauma, manuseio cirúrgico ou diagnóstico.

Divide-se em fase exsudativa (aguda), que é o derrame parapneumônico não complicado, fase fibropurulenta (de transição): derrame parapneumônico complicado (necessita de drenagem) e a fase organizacional (crônica): empiema parapneumônico. O trabalho objetiva analisar o desafio do diagnóstico precoce e do tratamento adequado do empiema pleural.

MÉTODO

Apresenta-se como um estudo bibliográfico e descritivo cujo escopo favoreceu a síntese e análise de revisões existentes acerca da temática investigada, sendo agregada sua fisiopatologia, manifestação e formas cirúrgicas de tratamento. Foram consultadas as seguintes bases de dados: Medline, Pubmed e SciELO e Lilacs (Scientific Eletronic Library Online), de 2015 a 2018. Os termos-chave utilizados foram: empiema pleural, derrame parapneumônico não complicado, derrame parapneumônico complicado, pneumonectomia, empiema parapneumônico, antibioticoterapia, drenagem pleural fechada, pleuroscopia. Esses termos foram cruzados com as palavras-chave derrame pleural, infecção, cavidade pleural. Os artigos selecionados constam em português e inglês.

Na consulta às bases de dados, foram utilizados os requisitos referentes à descrição de medidas de intervenção cirúrgica. Foram incluídos apenas os textos que abordaram a temática do empiema pleural e que descreviam formas de procedimentos; artigos que possuíam o conteúdo disponível na íntegra; artigos publicados em periódicos online indexados de acordo com o tema. Os critérios de exclusão foram estudos com desvio do eixo temático, resumo online indisponível além de teses, monografias, textos disponibilizados incompletos.

Após a triagem, selecionou-se 10 artigos a partir de leitura criteriosa na íntegra. As referências literárias que contemplaram tais critérios foram lidas e analisadas na íntegra com a finalidade de evidenciar a importância do manejo cirúrgico no tratamento do empiema pleural.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na maioria das vezes, está associado a uma pneumonia bacteriana subjacente, constituindo-se na progressão do derrame parapneumônico complicado, sendo que 60% originam-se de infecções pulmonares pré-existentes (ex.: abscesso pulmonar), 20% secundárias a procedimentos cirúrgicos torácicos, relacionados à abertura cirúrgica da luz de órgãos potencialmente contaminados (árvore brônquica e esôfago) e 10% decorrente de traumatismo torácico, virtualmente associado ao trauma penetrante ou a presença de hemotórax. Pneumonectomia é o procedimento responsável pelo maior número de empiemas pós-cirúrgicos (2% a 12%).

Ocorre com mais frequência em idosos, baixa renda e debilitados (neoplasias, doenças pulmonares crônicas, doenças cardíacas, diabetes, alcoolismo, uso de drogas, neuropatias centrais e imunossupressão). Índices de mortalidade variam de 1 a 19%, podendo ser superiores a 40%, em pacientes imunocomprometidos e o pior prognóstico é reservado a pacientes portadores de empiema secundário à infecções adquiridas em ambiente hospitalar, especialmente quando isolados germes gram-negativos.

Pneumococo e estafilococo são os principais patógenos em muitas séries, e bactérias gram-negativas (*Escherichia coli*, *Klebsiella* e *Pseudomonas*) e germes anaeróbios vem sendo importantes microorganismos envolvidos na etiologia dos empiemas - casos secundários a infecções por micobactérias e fungos são raros. Adultos jovens e crianças acima de 02 anos portadores de empiema parapneumônico são acometidos mais por Pneumococo; crianças menores de 2 anos, que apresentem rápida evolução dos sintomas clínicos e velamento total do hemitórax, por Estafilococo. Já os pacientes debilitados são acometidos mais por aeróbios gram-negativos e anaeróbios e os empiemas pós-operatórios por gram-negativos ou Estafilococos aureus.

O quadro clínico está relacionado com o seu fator causal (pneumonias em 60% dos casos), estágio evolutivo da doença, quantidade de pus no espaço pleural, competência imunológica do paciente e poder de virulência do microorganismo infectante. Febre, dor torácica e dispneia estão presentes na maioria dos casos, aliados à prostração, diminuição do MV, macicez à percussão do hemitórax afetado e escoliose.

Os exames complementares utilizados para comprovar a presença de empiema pleural são Raio-X de Tórax, Tomografia Computadorizada de Tórax (melhor definição, auxilia no diagnóstico diferencial, identifica septações e espessamento pleural) e Ultrassonografia de Tórax (portabilidade, dinamismo, distingue coleções líquidas das massas sólidas, identifica septações pleurais, apesar de método examinador dependente). Não existe nenhum sinal patognomônico de empiema ao exame de ecografia torácica.

Como conduta para o tratamento do empiema pleural, a Antibioticoterapia, em geral entre três e quatro semanas; após estabilização clínica, antibioticoterapia por via oral (amoxicilina+clavulanato e as quinolonas de 4ª geração), constitui método primordial. A Drenagem pleural fechada é o procedimento cirúrgico inicialmente proposto, por ser completa e sua eficácia acompanhada pelas melhoras clínicas e radiográficas, e pelo aspecto e volume do líquido drenado. Ocorrendo melhoras clínicas, radiográficas e redução do débito do dreno para menos de 50 ml/dia, com líquido seroso, este pode ser então retirado. Não havendo melhoras, suspeita de loculações e inicia-se drenagem auxiliada por Ultrassonografia ou TC.

Pode-se escolher também a Pleuroscopia (Descorticação Pulmonar por Vídeo), utilizada para empiema pleural multisseptado; quando houver resposta incompleta à Drenagem pleural fechada e Pleurostomia (Drenagem Pleural Aberta), para quando houver falha de todas as formas de tratamento e casos em que o empiema é tardiamente diagnosticado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O empiema pleural é comumente encontrado associado a uma pneumonia bacteriana subjacente, constituindo-se na progressão do derrame parapneumônico complicado. Nesses casos, cerca de 20% dos pacientes apresentam história prévia de manipulação cirúrgica, como toracocenteses e drenagens pleurais praticadas em serviços de urgência ou sem técnica apropriada.

O pior prognóstico é reservado a pacientes portadores de empiema secundário à infecções adquiridas em ambiente hospitalar, especialmente causadas por gram-negativos.

O desenvolvimento de instrumentos endoscópicos, fibras ópticas e métodos anestésicos mais apurados, na década de 70, permitiram um melhor aproveitamento da toracoscopia, tanto no diagnóstico como no tratamento de afecções pleurais. Em se tratando, a drenagem cirúrgica, nas suas formas - toracocentese, drenagem pleural com dreno tubular, desbridamento através da toracoscopia, técnicas cirúrgicas mais agressivas como a toracotomia, constitui o método terapêutico de escolha.

Por fim, a importância de tais procedimentos consiste na limpeza da cavidade pleural, na drenagem do líquido pleural e na re-expansão pulmonar, proporcionando a redução do trauma cirúrgico, da dor pós-operatória e do tempo de internação e custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

GABE, A; NAGAMINE, N. [**Lung Abscess with Acute Empyema Which Improved after Performing by Video Assisted Thoracic Surgery (Including Pneumonotomy and Lung Abscess Drainage); Report of a Case**]. *Kyobu Geka*; **70 (5):389-391, 2017 May**. Available from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> on 15 Mar 2019.

GISMONDI, Ronaldo. Empiema pleural: abordagem prática. [S. l.], 11 set. 2018. Disponível em: <https://pebmed.com.br/empiema-pleural-abordagem-pratica/>. Acesso: 10 mar. 2019.

KNEBEL, Rogerio; FRAGA, Jose Carlos; AMANTEA, Sergio Luis, BSI, Paola. Videothoracoscopic surgery before and after chest tube drainage for children with complicated parapneumonic effusion **Jornal de Pediatria**, v. 94, Issue 2, p.140-145, March–April 2018. Available from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225555361730112X> on 15 Mar. 2019.

MARCHI, Evaldo; LUNDGREN, Fernando; MUSSI, Ricardo. Derrame pleural parapneumônico e empiema. **J. bras. pneumol.** São Paulo , v. 32, supl. 4, p. S190-S196, Aug. 2006 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000900005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11Mar.2019.

PEREIRA, Rodrigo; GA, Cristina ; RA, Cláudia; CI, Cássio. Derrame pleural parapneumônico:

comparação entre toracoscopia precoce e tardia. **J. bras. pneumol.** vol.43 no.5 São Paulo Set./Out. 2017 Epub Jul 31, 2017

PEREIRA, Rodrigo Romualdo; R.B, Luciana; F. DIAS, Marina F. DIAS; C.I, Cássio; G.A, Cristina. Derrame pleural parapneumônico: aspectos clínico-cirúrgicos e revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais.** Vol 24. (Suppl.2). Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/621/>. Acesso: 15 mar. 2019.

PINTO FILHO, Darcy Ribeiro. "Empiema pleural: fundamentos terapêuticos." (2017). Disponível em: http://files.lacart-pa.webnode.com.br/200000023-e8de6e95ad/empiema_pleural.pdf /. Acesso em: 10 mar. 2019.

¹ Estudo bibliográfico e descritivo realizado por discentes do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança, vinculado à Liga Acadêmica de Cirurgia Torácica (LACTO).

² Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba. E-mail: robson.segundo@hotmail.com

³ Cirurgião Torácico e Docente da disciplina de Clínica Cirúrgica – Cirurgia Torácica - da Faculdade de Medicina Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba.

⁴ Discentes do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba.

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS EM POPULAÇÃO BRASILEIRA DE 0 A 14 ANOS DE IDADE¹

Rayanne Kalinne Neves Dantas²
Mirely Gomes Gadelha de Oliveira²
Renata Correia Pontes²
Sabrina Rocha Nogueira Lima²
Ivson Cartaxo Braga³

RESUMO

Introdução: A aterosclerose ocorre por diversas variáveis e as crianças apresentam fatores de risco (FR) em larga escala. Dito isso, esse trabalho objetiva analisar a prevalência de FR cardiovasculares modificáveis entre 0 e 14 anos, no último ano. **Método:** Estudo epidemiológico a partir do DATASUS, sendo analisadas internações por faixa etária entre abril de 2017 e abril de 2018 referentes a diabetes, obesidade, hipertensão e aterosclerose. **Resultados e discussão:** Diabetes: 6438 (244 em < 1 ano, 906 de 1 a 4, 1816 de 5 a 9, e 3472 de 10 a 14). Obesidade: 6 (uma < 1 ano, de 1 a 4 anos e de 10 a 14 anos, e 3 de 5 a 9 anos). Hipertensão arterial: 341 (68 < 1 ano, 58 de 1 a 4, 74 de 5 a 9 e 141 de 10 a 14). Aterosclerose: 41 (14 < 1 ano, 5 entre 1 e 4, 9 de 5 a 9 e 13 de 10 a 14). **Considerações finais:** DM e a HAS são mais prevalentes. A faixa etária entre 5 e 9 anos apresentou uma prevalência relativamente alta para todos os FR avaliados.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de risco, Prevenção primária, Aterosclerose

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, cuja fisiopatologia envolve a aterosclerose, são a principal causa de mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A progressão da doença aterosclerótica ocorre por um conjunto de variáveis e, hoje, as crianças apresentam fatores de risco (FR) em larga escala, o que traz preocupação com projeções dos gastos em saúde e da morbimortalidade. Os principais FR modificáveis são a obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias, sedentarismo e elevação da glicemia. Alguns destes já podem ser encontrados desde a infância e, se não forem corretamente manejados, podem acompanhar os indivíduos até a fase adulta, tornando-os mais propensos a desfechos cardiovasculares desfavoráveis.

A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial e acomete, especialmente, a camada íntima de artérias de médio e grande calibre. Como consequência, a disfunção endotelial aumenta a permeabilidade da às lipoproteínas plasmáticas, favorecendo sua retenção no espaço subendotelial, sendo um importante fator de risco cardiovascular. Níveis elevados de colesterol LDL e baixos de HDL, obesidade, inatividade física e hipertensão arterial sistêmica são alguns dos fatores que predis põem ao aparecimento do processo aterosclerótico.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos a partir de 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica. Frequentemente está associada a distúrbios metabólicos e alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, rins, encéfalo, vasos sanguíneos), sendo agravada pela presença de fatores de risco como dislipidemia, obesidade e intolerância à glicose. A HAS predis põe a eventos fatais ou não-fatais, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, principalmente quando descompensada.

Outro fator, diretamente relacionado ao risco cardiovascular, é a hipercolesterolemia. A síndrome metabólica – que contempla HAS associada à adiposidade abdominal, hipertrigliceridemia, LDL-colesterol alto, HDL-colesterol baixo e glicemia de jejum alterada – mostra claramente a correlação entre o perfil lipídico e a PA. Sabe-se que os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na gênese da hipertensão e da dislipidemia compartilham anormalidades metabólicas comuns, que podem agir sinergicamente ou até acelerar o processo de aterogênese. A hipercolesterolemia pode ter efeito primário no tônus vascular, além de promover a disfunção endotelial, também presente de forma incipiente na hipertensão arterial.

Esse trabalho objetiva analisar a prevalência de FR cardiovasculares modificáveis em população brasileira de 0 a 14 anos de idade, no último ano.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, cuja coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Foram analisadas internações por faixa etária segundo lista de morbidade, entre abril de 2017 e abril de 2018 referentes a tais variáveis: diabetes mellitus (DM), obesidade, hipertensão essencial (HAS) e aterosclerose. As faixas etárias analisadas foram de 0 a 1 ano de idade, 1 a 4 anos de idade, 5 a 9 anos de idade e 10 a 14 anos de idade, sem distinção de sexo, em todo o território nacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de internações de crianças e adolescentes por Diabetes Mellitus (DM) foi de 6.438, sendo 244 menores de 1 ano de idade (3,78%), 906 de 1 a 4 anos (14%), 1816 de 5 a 9 anos (28%) e 3472 de 10 a 14 anos (54%). Em relação à obesidade, o total de internações foi de 6, com apenas uma (16%) nas faixas abaixo de 1 ano, de 1 a 4 anos e de 10 a 14 anos, e 3 internações de 5 a 9 anos (50%). Pode-se assim observar que o aumento da prevalência de DM tipo 2 em crianças e adolescentes está associada ao aumento das taxas de obesidade na infância, pois estudos demonstram a relação da DM com um somatório de fatores ambientais, que incluem sedentarismo e mudança dos hábitos alimentares, sendo estas caracterizadas por dietas hipercalóricas (CESA et. al, 2010). No estudo em questão, a faixa etária entre 5 e 9 anos apresentou uma prevalência relativamente alta para todos os fatores de risco avaliados, sendo a maior em relação à obesidade.

No caso de HAS, foram internadas 341 crianças e adolescentes, sendo 68 abaixo de 1 ano (20%), 58 de 1 a 4 anos (17%), 74 de 5 a 9 anos (21,7%) e 141 de 10 a 14 anos (41,3%). Observamos, então, que a DM e a HAS são mais prevalentes na população entre 10 e 14 anos. Diversos estudos já identificaram um efeito importante da obesidade sobre os níveis tensionais dos adolescentes, onde mais de 75% dos casos de hipertensão arterial estão associados diretamente à obesidade (MOREIRA et al, 2013). Portanto, medidas de redução de peso podem ser consideradas como forma de melhorar a sobrevida e a qualidade de vida desse seguimento populacional.

Por fim, 41 crianças foram internadas com aterosclerose, sendo 14 abaixo de 1 ano (34%), 5 entre 1 e 4 anos (12,2%), 9 de 5 a 9 anos (22%) e 13 de 10 a 14 anos (31,7%). Assim, a doença aterosclerótica foi mais prevalente em crianças menores que 1 ano de idade, sendo este um importante fator de risco desde que níveis elevados de colesterol e a presença de dislipidemia na infância e na adolescência levam ao aumento da prevalência de doença coronariana destes indivíduos na fase adulta. Portanto, medidas preventivas de mudanças de estilo de vida devem ser introduzidas na infância como forma de evitar o desenvolvimento ou agravamento de possíveis complicações cardiovasculares no futuro desta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que a DM e a HAS são mais prevalentes na população entre 10 e 14 anos. A internação por doença aterosclerótica foi mais frequente em crianças abaixo de 1 ano de idade. A

faixa etária entre 5 e 9 anos apresentou uma prevalência relativamente alta para todos os FR avaliados, sendo a maior no caso de obesidade. Este resultado tem real importância, pois a prevalência de excesso de peso na adolescência vem aumentando continuamente em todo o Brasil. Há 30 anos esses valores eram estimados em 3,7% entre os meninos e 7,6% entre as meninas. Em 2008/2009 a prevalência foi de 21,7% e 19,4% entre meninos e meninas, respectivamente. Esse acréscimo no número de casos pode ser atribuído tanto aos fatores genéticos e ambientais, como as alterações nos padrões nutricionais e de atividade física.

Em suma, as porcentagens, em todas as faixas etárias, nos atentam para a importância de investir na educação em saúde e políticas de prevenção desses riscos, pois a população estudada é demasiada jovem para apresentar tais valores estatísticos. Algumas delas se fazem necessária na população pediátrica atual como rastreamento e intervenção sobre os hábitos de vida. O desenvolvimento de estratégias sociais, ambientais e educacionais é fundamental. O envolvimento de pais, educadores físicos, nutricionistas, médicos e escola é necessário para que o objetivo de prevenção primordial destes fatores de risco seja atingido.

REFERÊNCIAS

CESA, C. C. et al. Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, Ano XVIII, nº 20, 2010.

MOREIRA, N F et al. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 57, n. 7, p. 520-526, 2013.

MOURA, I et al. Prevalência de hipertensão arterial e seus fatores de risco em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, Piauí, v. 28, n. 1, p81-86, 2015.

NASCIMENTO, Valério Marcelo Vasconcelos et al. **Manual de Cardiologia para Graduação**. 1ª edição. Salvador: Sanar, 2018.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, vol. 101, n. 4, supl. 1, 2013.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, vol. 107, n. 3, supl. 3, 2016.

¹ Liga Acadêmica de Cardiologia da Paraíba (CARDIOLIGA-PB)

² Graduanda de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB) – raykdantas@gmail.com

² Graduanda de Medicina, Universidade Federal da Paraíba (UFPB, João Pessoa, PB)

² Graduanda de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM, Cabedelo, PB).

² Graduanda de Medicina, Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ, João Pessoa, PB)

³ Cardiologista e professor da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB)

FIBROADENOMA E TUMOR FILÓIDES: DIFERENÇAS CLÍNICAS E NOS EXAMES COMPLEMENTARES

Camila Melo do Egypto Texeira¹

Laís de Lima Ribeiro²

Lillian Torres Soares Pessoa²

Pollyanna Paulino Lima²

Ana Thereza da Cunha Uchôa Camacho

RESUMO

INTRODUÇÃO: Fibroadenoma e tumor filóide são tumores fibroepiteliais da mama comum e raro, respectivamente. Suas histogêneses estão relacionadas, sendo diferenciados através do exame clínico e de exames complementares. **MÉTODO:** Realizou-se uma pesquisa acerca do tema em artigos científicos nos diversos meios acadêmicos de dados eletrônicos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No exame físico o fibroadenoma é um tumor palpável, móvel, definido, medindo 2 a 3 centímetros, o tumor filóide mede 4 a 7 centímetros, definido, móvel e indolor. Os exames de imagem como mamografia e ultrassonografia não apresentam sinais patognomônicos do tumor filóide, mas a ultrassonografia auxilia o diagnóstico. Quanto ao fibroadenoma, a citologia associada a clínica e imagem faz parte da tríplice de diagnóstico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluímos que o diagnóstico do fibroadenoma e do tumor filóide é clínico e que a associação dos achados do exame físico com os exames de imagem é de fundamental importância.

PALAVRAS-CHAVE: Fibroadenoma, Fibroepiteliais, Tumor Filóide.

INTRODUÇÃO

Os Tumores Fibroepiteliais caracterizam-se por apresentar lesões com componente epitelial e variações mesenquimais, responsáveis pela aparência macroscópica da lesão. Eles são classificados em Fibroadenomas e Tumores Filóides (TAVASSOLI, DEVILEE, 2003).

O Fibroadenoma é a lesão mamária benigna mais comum em mulheres com menos de 35 anos de idade, após as alterações fibrocísticas. Ele tem crescimento geralmente limitado, não ultrapassando 2cm, porém, mais raramente, apresenta-se na forma gigante. Pode acometer qualquer quadrante da mama, sendo mais comum no superior lateral, como também pode ocorrer de forma múltipla uni ou bilateralmente (NAZARIO, REGO, OLIVEIRA, 2007).

O Tumor Filóide é muito raro, representando 2% dos tumores fibroepiteliais da mama e é mais comum em mulheres com mais de 35 anos de idade (ROWELL et al., 1993). São classificados benignos, borderlines e malignos, de acordo com o grau de atividade mitótica, de atipias, características das margens tumorais e presença de desenvolvimento estromal (RODRIGUES et al., 2015). Ele tem tendência à recidiva local e acomete mais a mama esquerda que a direita (CLARINDO et al., 2012).

Segundo Valdes et al (2005), a histogênese do fibroadenoma e do tumor filóide parecem estar relacionadas, mesmo não estando claro se o primeiro pode progredir para o segundo. Ambos são diagnosticados clinicamente, porém podem se assemelhar nos exames complementares, como ultrassonografia, ressonância nuclear magnética e mamografia.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo descrever as apresentações desses tumores fibroepiteliais nos diversos exames complementares e no exame clínico a fim de se realizar o diagnóstico correto.

MÉTODO

Realizou-se uma análise de tema em artigos científicos nos diversos meios acadêmicos de dados eletrônicos com destaque ao Scielo (ScientificElectronic Library Online), Google acadêmico, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); bem como consultas a uma literatura do acervo da biblioteca Joacil de Brito Pereira da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Foi realizado um estudo comparativo de fibroadenoma e tumores filóides de 1993 a 2019. Os descritores utilizados foram: fibroadenoma, tumor filóide, classificação e diagnóstico. O critério de exclusão foi artigos com mais 26 anos de publicação e os de inclusão utilizados foram relatos e artigos de revisão. Tudo isso afim de buscar conhecimento sobre fibroadenoma e tumores filóides, verificando suas diferenças e auxiliando assim, no método diagnóstico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nazário et. al (2007) e Ribeiro et. al (2018) afirmam que o diagnóstico do fibroadenoma e do tumor filóide é essencialmente por meio da anamnese e do exame físico. O Fibroadenoma tem crescimento lento e é indolor, exceto durante a gravidez e lactação, pois nesses casos, devido ao estímulo hormonal, seu crescimento tende a ser mais rápido e pode produzir dor por infarto. A associação dos achados clínicos e de imagem torna bastante confiável o acompanhamento dessas lesões. (NAZARIO, et. al, 2007). Contrapondo-se, o Tumor Filoide (TF) manifesta-se por nódulo de crescimento mais rápido (DUARTE et, al., 2005).

No exame físico, o Fibroadenoma é um tumor móvel, bem definido, com tamanho médio de 2 a 3 centímetros, não aderido ao parênquima fibroglandular adjacente. Por essas características, ele é muitas vezes palpável (OLIVEIRA, 2016). A apresentação dos TF é variável, com predomínio de uma massa palpável e achado mamográfico anormal, de crescimento lento, rápido ou bifásico. O tamanho médio no início, apesar de variável, é de aproximadamente 4 a 7 cm, apresentando uma massa bem definida, firme móvel e indolor, podendo progredir para retração do mamilo, ulceração ou até mesmo fixação na parede torácica. A presença de um tumor volumoso e de rápido crescimento sugere um TF em vez de fibroadenoma (SHEPPARD et al, 2017).

Os exames de imagem como mamografia e ultrassonografia não apresentam sinais patognomônicos do TF, porém, como auxílio no diagnóstico, a ultrassonografia é um método confiável em casos de tumores grandes e bem delimitados, em virtude da presença de áreas císticas entremeando a massa sólida (LUCARELLI et al., 2015). À mamografia aparece como nódulo, ovóide ou lobulado, bem circunscrito, semelhante ao fibroadenoma, porém com maiores dimensões. Seu aspecto ecográfico típico é de nódulo sólido, hipoecóico, não homogêneo e bem circunscrito. (DUARTE et, al., 2004). Por incidirem em mulheres na segunda e terceira décadas de vida, a mamografia não está indicada, pois o fibroadenoma apresenta a mesma textura radiológica do tecido mamário normal, que é exuberante nesta idade. Em faixas etárias mais elevadas, quando se indica a mamografia, apresenta-se como imagem nodular circunscrita, ovalada, de média densidade e eventualmente com calcificações grosseiras, com aspecto de “pipoca”, aspecto que tipifica o achado mamográfico como BIRADS 2 (NAZARIO et. al, 2007)

No caso do fibroadenoma, a citologia, considerada isoladamente, tem valor elevado para o diagnóstico (70 a 90%). Quando associado a clínica, imagem e a citologia, que é conhecido como tríplice diagnóstico, a sensibilidade é de 99,6%, com chance de falso negativo menor que 1%, que aumenta em mulheres com mais de 35 anos. Sendo assim, quando resta dúvidas, constitui como um importante meio de investigação a punção aspirativa com agulha fina (PAAF), pois essa é uma lesão que possui aspecto citológico específico, onde observam-se nos esfregaços grupos celulares epiteliais em dedo de luva, formando agrupamentos arborescentes e numerosos núcleos desnudos, muitas células ductais coesas em monocamadas e fragmentos de células estromais. No TF, A PAAF e a biópsia percutânea com agulha grossa apresentam baixo valor preditivo, provavelmente pelo fato de o tumor ser bastante volumoso e apresentar com frequência, em seu interior, áreas de infarto hemorrágico, o que dificulta o diagnóstico. (NAZARIO et. al, 2007). Porém, segundo Silva et al., (2012) para tumores pequenos, punção por agulha fina (PAAF) e biópsia percutânea por agulha grossa - core biopsy- possuem uma boa acurácia. (SILVA et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das informações apresentadas, os objetivos da análise do tema foram alcançados, visto que as literaturas utilizadas chegaram a essa mesma conclusão. É possível perceber que o diagnóstico tanto do Fibroadenoma como do Tumor Filóide é essencialmente clínico, e a associação dos achados do exame físico com os de imagem são de fundamental importância para o acompanhamento das lesões. Além disso em casos de dúvidas, os achados citológicos também são de grande relevância.

REFERÊNCIAS

BOFF RA, Wisintainer F. **Mastologia moderna: abordagem multidisciplinar**. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2006.

CLARINDO, Anielly Sampaio et al. Tumor Filoides: Relato de Caso. **IV Encontro Universitário da UFC no Cariri**. Juazeiro do Norte, 2012. Disponível em: <<https://conferencias.ufca.edu.br/index.php/encontros-universitarios/eu-2012/paper/download/1119/657>> Acesso em: 16 de março de 2019.

DUARTE, et al. Lesões mamárias incomuns: ensaio iconográfico. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. São Paulo- SP, 2014. Disponível em: <http://www.rb.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1451&idioma=Portugues>. Acesso em: 16 Mar. 2019.

FEBRASGO – **Fibroadenoma**. Febrasgo 2017. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/186-fibroadenoma>>. Acesso em: 16 de março de 2019.

LUCARELLI, Adrienne Pratti et al. Transformação de tumor filóide benigno em maligno. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.48, n 6, p. 628-633, 2015. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n6/RELCASO1-Transformacao-de-tumor-filoide-benigno-em-maligno.pdf>>. Acesso em: 16 Mar. 2019.

NAZARIO, Afonso Celso Pinto; REGO, Mychely Fernandes; OLIVEIRA, Vilmar Marques de. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 211-219, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mar. 2019.

OLIVEIRA, Marina Pantoja T M. **Fibroadenoma calcificado – relato de caso**. Dr. Pixel. Campinas. 2016. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/drpixel/conteudo/fibroadenoma-calcificado-relato-de-caso>. Acesso em: 17 Mar. 2019

RIBEIRO S. F., DIAS A. M. R., SULEIMAN N. N. Tumor filoides: relato de caso. Araguaína -TO: **XII Jornada Científica do ITPAC** - ISSN: 1983 -5256, 2015. Acesso: 16 Mar. 2019. Disponível em: <<https://even3storage.blob.core.windows.net/processos/a1f947f62ae440838b6c.pdf>>. Acesso em: 17 Mar. 2019.

RODRIGUES, Guilherme Carvalho Ribeiro et al. Tumor filóide maligno de mama bilateral: relato de caso. **Ver Bras Mastologia.**, Brasil, v. 24, n. 2, p. 57-59, 2014. Disponível em: <http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v24n2_57-59.pdf> Acesso em: 16 de março de 2019.

ROWELL MD, Perry RR, Hsiu JG, Baranco Sc. Phyllodes tumor. **Am J Surg.**, Virginia, v. 165, n. 3, p. 376-9, Mar. 1993. Disponível em: <[https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(05\)80849-9/pdf](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(05)80849-9/pdf)>. Acesso em: 16 de março de 2019.

SHEPPARD, Shauna et al. Malignant Phyllodes: A Presentation of Two Patients with a Rare Disease. **The American Surgeon.** Atlanta, v. 83, ed. 12, p. 478-479, 2017.

SILVA, Kelly Fernanda Pereira e et al. Tumor filoides de mama: série de casos e revisão de literatura. *Rev Bras Mastologia.* Curitiba, v. 22, n. 2, p. 42-45, 2012. Disponível em: Acesso em: 16 Mar. 2018.

TAVASSOLI FA, Devilee P, editors. **Pathology & genetics: tumours of the breast and female genital organs [World Health Organization Classification of Tumours].** Lyon: IARC Press; 2003.

VALDES EK, Boolbol SK, Cohen J-M, Feldman Sm. Malignant transformation of breastsfibroadenoma to cystsarcomaphyllodes: case report and review of the literature. **Am. Surg.**, Brasil, v. 71, n. 4, p. 348-53, Abr. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15943412>>. Acesso em: 16 de março de 2019.

¹ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba). vanessamegypto@gmail.com

² Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba).

MORTALIDADE POR QUEDAS POR FAIXA ETÁRIA NO ESTADO DA PARAÍBA ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2016¹

Jannine Gomes da Fonseca²

Larissa Edilza de Lima²

Katherine Maia Florentino Silva Nunes²

Maria Mirian Caetano Araújo da Rocha²

George Robson Ibiapina³

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno crescente, visto que o aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão acerca de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais se destaca a ocorrência de quedas. **MÉTODO:** Foram utilizados os bancos dos registros de número de óbitos por faixa etária do estado da Paraíba, de 2006 a 2016, obtidos no sítio do Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde, assim como as populações dos anos censitários. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No período estudado, observa-se que a taxa de mortalidade entre pessoas com 60 anos de idade ou mais, aumentou progressivamente. Em relação à faixa etária, percebe-se que o idoso muito idoso é mais susceptível à queda. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As ações de prevenção de quedas devem visar o grupo de idosos muito idosos, uma vez que é a faixa etária mais propensa à letalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, quedas, saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno crescente, visto que o aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão acerca de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais se destaca a ocorrência de quedas. Segundo o Ministério da Saúde cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano, impactando diretamente na qualidade de vida do idoso. Além de possíveis fraturas e risco de morte, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização geram prejuízos físico e psicológico, além de aumento dos custos com os cuidados de saúde. O objetivo do estudo é analisar a taxa de mortalidade por quedas no período entre 2006 e 2016 no estado da Paraíba.

MÉTODO

Foram utilizados os bancos dos registros de número de óbitos por faixa etária do estado da Paraíba, de 2006 a 2016, obtidos no sítio do Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), assim como as populações dos anos censitários. Posteriormente, foi calculada a taxa de mortalidade por quedas por 100 mil habitantes e em cada ano, correlacionando os valores obtidos com dados encontrados em artigos nacionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, observa-se que a taxa de mortalidade entre pessoas com 60 anos de idade ou mais, aumentou progressivamente, uma vez que em 2016 o tal coeficiente chega a ser quase o quántuplo de 2006, em um intervalo de 10 anos. Em relação à faixa etária, percebe-se que o idoso muito idoso (com 80 anos de idade ou mais) é mais susceptível à queda, visto que o número de óbitos na população entre 60 e 79 anos de idade, em média, é aproximadamente a metade quando comparado com as pessoas que possuem 80 anos ou mais de idade. Entretanto, quanto às taxas ajustadas por

idade, verifica-se que o coeficiente do número de óbitos é maior em idoso muito idoso, o que se justifica através da interação entre fatores intrínsecos ou extrínsecos, ocasionando, assim, maior risco de mortes por causas externas para essa população.

Em um estudo realizado por RIBEIRO et. al (2006), os idosos apresentaram como principais consequências das quedas: as fraturas (64%), o medo de cair (44%), o abandono de atividades (12%), a modificação de hábitos (18%), imobilização (4%), lesão neurológica (6%) e mudança de domicílio (10%). O medo de cair é uma consequência apontada por vários autores e tem como consequências alterações como perda de autonomia e independência para as atividades de vida diária, diminuição das atividades sociais e sentimentos de fragilidade e insegurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam que o número de óbitos por quedas vem aumentando com o avançar da idade. Logo, as ações de prevenção de quedas devem visar o grupo de idosos muito idosos, uma vez que é a faixa etária mais propensa à letalidade. Além disso, denota-se que se faz necessário a formulação de políticas públicas de prevenção de quedas, destacando os tipos de quedas ocorridas e as diferenças de gênero que as envolvem a fim de levar a redução da incidência desse tipo de fatalidade.

REFERÊNCIAS

ANTES, D. L.; SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. **Mortalidade por queda em idosos**: estudo de série temporal. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 769-778, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400769&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Oct. 2018.

ARAÚJO, A., MENEZES, R., MENDONÇA, A., LOPES, M., TAVARES, A., & LIMA, H. **Mortality profile from falls in the elderly**. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (on-line)*, 6(3), 863-875. Recuperado em 01 setembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i3.863-875>.

BARBOSA, M. T. **Como avaliar quedas em idosos?** *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 93-94, June 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200012&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302001000200012>.

BARROS, I. F. O. DE PEREIRA, M. B., WEILLER, T. H. (2016). **Óbitos e Internações por Quedas em Idosos Brasileiros**: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(4), pp. 363-382.

RIBEIRO, A. P. et al. **The influence of falls on the quality of life of the aged**. Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde - CLAVES, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil, 4036/700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232008000400023&script=sci_arttext&tlng=es#>. Acesso em 13 de outubro de 2018.

1- Liga Acadêmica de Clínica Médica da Paraíba (LACLIM-PB).

2- Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB), janninefonseca@hotmail.com.

3- Orientador da LACLIM-PB e docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

TRATAMENTO DA HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÊMICA PERSISTENTE DA INFÂNCIA: REVISÃO SISTÊMICA¹

Louise Cabral Gomes²

Danielle Suassuna Alencar²

Laís Clark de Carvalho Barbosa²

Vívian Maria Vieira Moura de Holanda²

Alexandrina Cavalcante Lopes Veloso Galvão³

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente na infância (HHPI) é uma desordem causada pela hipersecreção de insulina pelas células β -pancreáticas das ilhotas de Langerhans. O objetivo deste estudo consiste em descrever a terapêutica empregada para hipoglicemia hiperinsulinêmica da infância. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática consubstanciada na literatura pertinente à temática. Foram empregados como critérios de inclusão: trabalhos de abordavam a Hipoglicemia hiperinsulinêmica, seu conceito, classificação e terapêutica na infância, textos completos publicados entre 2010 e 2016. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O tratamento inicial deve-se basear, após a instalação de infusão com glicose, no fornecimento de uma quantidade suficiente para manter níveis glicêmicos próximos de 100 mg/dl. Entretanto, na falha do tratamento medicamentoso da HHPI, recomenda-se a pancreatectomia parcial ou subtotal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora pouco frequente a hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente na infância representa uma doença grave, reforçando a importância de haverem mais estudos voltados para a compreensão e manejo assertivo desta disfunção.

PALAVRAS-CHAVE: Hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente do lactente, hipoglicemia, hiperinsulinismo.

INTRODUÇÃO

A hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente na infância (HHPI) é uma desordem causada pela hipersecreção de insulina pelas células β -pancreáticas das ilhotas de Langerhans, promovendo a redução constante dos níveis plasmáticos de glicose. Na infância, a HHPI constitui uma das causas mais comuns de hipoglicemia com incidência de 1 caso em 50.000 nascidos vivos na Europa Central (FLANAGAN; KAPOOR; HUSSAIN, 2011).

A manutenção de adequados níveis glicêmicos é de fundamental importância, sobretudo, no período neonatal e na lactância, visto que o tecido cerebral, ainda imaturo, é marcado por intensa atividade metabólica sendo ávido por glicose, tornando-se sensível às baixas dos níveis glicêmicos. A hiperinsulinemia é a principal causa de hipoglicemia persistente e recorrente nessa etapa da vida. Como resultado de episódios repetidos de hipoglicemia nesta faixa etária, é possível a ocorrência danos cerebrais, na maioria das vezes graves e irreversíveis (NIGRI, 2016).

Duas formas histológicas se evidenciam nos casos de HHPI, com aumento no volume celular das células B pancreáticas, caracterizando uma maior atividade biológica e conhecida como adenomatose pancreática. A forma difusa, conhecida como nesidioblastose, apresenta todas as células B com o padrão histológico anteriormente descrito. Pode ser familiar ou esporádica e ser produto de mutação de transmissão recessiva ou dominante. Já na forma focal, apenas pequenas regiões do pâncreas, medindo de 2 a 10 mm, apresentam adenomatose. Esses casos são geralmente esporádicos (JÚNIOR, 2012).

Em relação ao tratamento, é fundamental, inicialmente, um acesso venoso seguro, suficientemente calibroso e de preferência uma linha venosa central deve ser instalada. Essa via endovenosa confiável previne o desenvolvimento de hipoglicemia de rebote, após a suspensão

periódica da infusão de glicose, por perda de acesso periférico ou para infusão de outros medicamentos. Também há necessidade de altas concentrações de glicose, inclusive pela indispensabilidade do controle do volume oferecido, que pode causar flebite em veias periféricas. Dessa forma, o quanto antes, acesso central deve ser providenciado. Essa linha venosa deve ser destinada apenas para infusão de glicose e todo cuidado deve ser tomado para evitar infecção desse cateter constantemente banhado com líquido altamente "açucarado" (LIBERATORE JUNIOR, 2011).

Neste contexto, o objetivo deste estudo consiste em, por meio de revisão sistemática, descrever a terapêutica empregada para hipoglicemia hiperinsulinêmica da infância.

MÉTODO

Para viabilizar o desenvolvimento deste estudo, optamos por revisão sistêmica consubstanciada na literatura pertinente à temática. Foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Realizamos inicialmente uma leitura flutuante das referências levando em conta os títulos e os resumos dos artigos para seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse. Nas bases de dados utilizadas, foram empregados como critérios de inclusão: trabalhos de abordavam a Hipoglicemia hiperinsulinêmica, seu conceito, classificação e terapêutica na infância, textos completos publicados entre **2010 e 2016**. Assim foram encontrados **10** artigos referentes ao tema escolhido, dos quais **três** artigos foram selecionados, após realizar uma leitura em profundidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Hipoglicemia Hiperinsulinêmica Persistente da Infância (HHPI) tem sido utilizado atualmente para abranger as alterações pancreáticas difusas ou localizadas, associadas a hiperinsulinismo e hipoglicemia.

A princípio, antes de se iniciar a terapia da HHPI é importante ter em mente o risco de desenvolvimento de sequelas neurológicas e sobrecarga cardiovascular por excesso de volume. Em seguida, é importante um acesso venoso seguro, suficientemente calibroso e de preferência central, que deve ser reservado apenas para infusão de glicose, o que requer maior cuidado para prevenção de infecção. Com isso, o tratamento inicial deve-se basear, após a instalação de infusão com glicose, no fornecimento de uma quantidade suficiente para manter níveis glicêmicos próximos de 100 mg/dl, em concentração adequada para evitar sobrecarga de volume. Simultaneamente, também deve ser feita infusão endovenosa ou subcutânea contínua de Glucagon, objetivando o uso de concentrações menores de glicose (JÚNIOR, 2011).

Quando a hipoglicemia for de caráter persistente, uma das maneiras emergenciais de tratamento passa a ser a administração de glucagon ou administração concomitante de glucagon e glicose, em infusão contínua (MOHAMED; ARYA; HUSSAIN, 2012). O glucagon age diretamente sobre o fígado, onde comporta-se como um agonista dos receptores de glucagon endógeno. Seu mecanismo de ação envolve a ativação da glicogenólise e inibição da síntese de glicogênio. Também promove a inibição da glicólise e estimulação da gliconeogênese (BRUNTON; LAZO; PARKER, 2010). Além disso, ele também só é útil para o manejo da hipoglicemia para aqueles pacientes sem resposta ao tratamento medicamentoso que aguardam cirurgia pancreática (LORD; DE LEÓN, 2013).

Após o tratamento inicial, inicia-se a terapia medicamentosa tendo como principais fármacos, em longo prazo, após manejo emergencial e normalização inicial da glicemia, as diazóxido, octreotida e os antagonistas dos canais de cálcio, principalmente o nifedipino, podendo ser empregados em terapia combinada (MEDEIROS; GUTIERREZ, 2014).

A droga de escolha nos casos de HHPI é o diazóxido. Essa medicação se liga aos canais K_{ATP} e os mantém abertos evitando a despolarização da membrana e conseqüente secreção de insulina pelas células B pancreáticas (FLANAGAN; KAPOOR; HUSSAIN, 2011).

Entretanto, na falha do tratamento medicamentoso da HHPI, recomenda-se a pancreatectomia parcial ou subtotal. A pancreatectomia é a forma de terapia de escolha para as formas focais de HHPI e para os casos difusos que não respondem ao tratamento medicamentoso. Embora a pancreatectomia evolua para insuficiência exócrina e diabetes melito, acaba sendo a única alternativa de tratamento (JUNIOR, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciado na literatura, é de fundamental importância a manutenção de adequados níveis glicêmicos, principalmente para neonatos e lactentes, visto que estes ainda possuem um sistema nervoso em maturação e qualquer oscilação dos níveis glicêmicos abaixo do desejado podem acarretar sequelas neurológicas irreversíveis. Por isso a grande importância de possuir abordagens e escolhas terapêuticas assertivas, uma vez que estas influenciam diretamente no prognóstico do paciente. Embora pouco frequente, a hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente na infância representa uma doença grave, reforçando a importância de haverem mais estudos voltados para a compreensão e principalmente manejo desta disfunção.

REFERÊNCIAS

BRUNTON, Laurence L.; LAZO, John S.; PARKER, Keith L. **Goodmane Gilman's as bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro: Artmed, 2010.

FLANAGAN, Sarah E.; KAPOOR, Ritika R.; HUSSAIN, Khalid. **Genetics of congenital hyperinsulinemic hypoglycemia**. *Seminars in Pediatric Surgery*, v. 20, n. 1, p. 13-17, fev. 2011.

JÚNIOR, R.D.L; JÚNIOR, C.E.M. **Hipoglicemia Hiperinsulinêmica na Infância**. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia, 2011.

JUNIOR, Raphael, et al. **Hipoglicemia hiperinsulinêmica da infância: Análise de dados clínicos de uma amostra brasileira**. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v.56, n.9, p.666-671, 2012. Acesso em: 15 de março de 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/37514732.pdf>

LORD, Khaterine; DE LEÓN, Diva D. **Monogenic hyperinsulinemic hypoglycemia: current insights into the pathogenesis and management**. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, Philadelphia, v. 1, p. 1-13, fev. 2013.

MEDEIROS, V.F; GUTIERREZ, L.L.P. **Hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente em Neonatos: uma revisão**. Ciência em Movimento (Impresso), v. 33, p. 57-68, 2014.

MOHAMED, Zainaba; ARYA, VedBhushan; HUSSAIN, Khalid. **Hyperinsulina e mic Hypoglycaemia: Genetic Mechanisms, Diagnosis and Management**. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, Londres, v. 4, n. 4, p. 169-181, dez. 2012.

NIGRI, Alcinda Aranha et al. **Hipoglicemia hiperinsulinêmica persistente em recém-nascido: relato de caso**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [S.l.], p. 12, out. 2016. ISSN 1984-4840. Disponível em: <<http://ken.pucsp.br/RFCMS/article/view/29690>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

¹Trabalho vinculado a Liga Acadêmica de Pediatria e Neonatologia da Paraíba –LAPEN

²Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB). E-mail: louisecabralgo@gmail.com;

²Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

² Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

² Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

³ Docente de Medicina e orientadora da Liga Acadêmica de Pediatria e Neonatologia da Paraíba da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).