TRABALHOS APROVADOS NO VI CONGRESSO MÉDICO DA REGIÃO CENTRO-SUL

ATRESIA ESOFÁGICA ASSOCIADA À FÍSTULA TRAQUEAL DISTAL - UM RELATO DE CASO

PEREIRA AM[1], GUILHERME LS[1], SILVA SLA[1], GERMANO MP[1]
1 Faculdade de Medicina de Barbacena

INTRODUÇÃO: Atresia esofágica é uma anomalia congênita caracterizada pela formação incompleta do esôfago, associada ou não à fístula traqueal. Essa afecção apresenta incidência variável com discreta predominância em brancos e no sexo masculino. O diagnóstico pode ser feito intraútero, mas mais comumente ocorre na sala de parto.RELATO DE CASO:Recém-nascido, feminino, nascido de parto cesáreo, idade gestacional de 39 semanas e APGAR 8\9. Peso ao nascimento adequado para a idade gestacional. Gestação de risco habitual e pré-natal adequado. Ao exame físico, recém-nascido apresentava-se em bom estado geral, ativo, reativo, hidratado, corado e bastante secretivo com abundante salivação, sem demais alterações. Na tentativa de realização de lavagem gástrica houve impossibilidade de passar sonda nasogástrica. Realizada radiografia de tórax e abdome com contraste que confirmou diagnóstico de atresia de esôfago com fístula traqueal distal. Encaminhado a UTI neonatal em uso de sonda de aspiração contínua, para acompanhamento intensivo e investigação complementar que não mostrou outras anomalias congênitas. Foi submetido a gastrostomia e jejunostomia para suporte nutricional com posterior correção cirúrgica sem intercorrências. Neonato encontra-se estável, com boa recuperação na UTI neonatal. DISCUSSÃO: A atresia esofágica decorre de um defeito na formação e separação do intestino anterior embrionário que deveria se dividir em traqueia e esôfago durante a quarta ou quinta semana do desenvolvimento do embrião. Conforme a topografia, a malformação pode ser classificada em cinco variantes, sendo mais comum a atresia esofágica com fístula traqueal distal, como no caso descrito. O diagnóstico pré-natal pode ser suspeitado pelo ultrassom que evidenciar polidramnia. Contudo, comumente é feito no período perinatal através da impossibilidade de sondagem nasogástrica e sialorreia, sendo confirmado com radiografia de tórax e abdome com contraste. É necessária a investigação de outras anomalias congênitas que possam coexistir à atresia esofágica. O tratamento definitivo consiste em correção cirúrgica.

Palavras-chave: Malformação. Atresia Esofágica. Fístula Traqueal.

ESOPHAGEAL ATRESIA ASSOCIATED WITH DISTAL TRAQUEAL FISTULA - A CASE REPORT

PEREIRA AM[1], GUILHERME LS[1], SILVA SLA[1], GERMANO MP[1]
1 Faculdade de Medicina de Barbacena

INTRODUCTION: Esophageal atresia is a congenital anomaly characterized by the incomplete formation of the esophagus, associated or not with tracheal fistula. This condition has a variable incidence with a slight predominance in whites and males. The diagnosis can be made intrauterine, but it most commonly occurs in the delivery room. CASE REPORT: Newborn, female, born by cesarean delivery, gestational age of 39 weeks and APGAR 8\9. Birth weight adequate for gestational age. Usual risk pregnancy and adequate prenatal care. Upon physical examination, the newborn was in good general condition, active, reactive, hydrated, flushed and very secretive with abundant salivation, without other changes. In an attempt to perform gastric lavage, it was impossible to pass a nasogastric tube. Contrast-enhanced chest and abdomen radiography confirmed the diagnosis of esophageal atresia with distal tracheal fistula. The newborn was sent to the neonatal ICU to use a continuous aspiration tube for intensive follow-up and further investigation that did not show other congenital anomalies. Further, underwent to gastrostomy and jejunostomy for nutritional support with subsequent surgical correction without complications. The neonate is stable, with good recovery in the neonatal ICU. DISCUSSION: Esophageal atresia results from a defect in the formation and separation of the embryonic anterior intestine that should be divided into trachea and esophagus during the fourth or fifth week of embryo development. Depending on the topography, the malformation can be classified into five variants, but esophageal atresia with distal tracheal fistula has being more common, as in the described case. Prenatal diagnosis can be suspected by ultrasound that shows polydramnias. However, it is commonly discovered in the perinatal period due to the impossibility of nasogastric catheterization and sialorrhea, being confirmed with contrast and chest radiography. Investigation of other congenital anomalies thatmay coexist with esophageal atresia is necessary. The definitive treatment consists of surgical correction.

Keywords: Malformation. Esophageal Atresia. Tracheal Fistula.

DIAGNÓSTICO TARDIO COM COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG - RELATO DE CASO

RABELO FD[1], OLIVEIRA GVB[1], FERNANDES LMB[1], GERMANO MP[1]

1 Faculdade de Medicina de Barbacena

INTRODUÇÃO: A Doença de Hirschsprung, um distúrbio da motilidade intestinal, é causada pela ausência dos gânglios nervosos em um segmento intestinal resultando em obstrução funcional. É mais comum em homens, podendo estar relacionada a anomalias cromossômicas. O diagnóstico, geralmente feito no período neonatal, pode ser suspeitado apenas na infância ou adolescência. Nesses casos a obstrução crônica pode causar complicações como volvo e enterocolite. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 9 anos, admitido com constipação intestinal há 7 dias (sem resolução após clister) e vômitos fecalóides. Realizadas radiografia e tomografia de abdome, que mostraram grande distensão de alças e nível hidroaéreo. Exames laboratoriais sem leucocitose, evidenciando apenas aumento da proteína C reativa. Devido ao quadro de abdome agudo obstrutivo, por provável volvo intestinal, o paciente foi abordado pela cirurgia geral e realizado laparotomia sem intercorrências, que confirmou o diagnóstico. Há histórico de distensão abdominal, obstrução e constipação intestinal persistente desde o nascimento, apesar de medidas terapêuticas (polietilenoglicol). Relato de incontinência fecal e empachamento pós-prandial. A hipótese diagnóstica é Doença de Hirschsprung, gerando um histórico de constipação, e volvo intestinal como complicação. O paciente aguarda biópsia (padrão ouro) para confirmação e posterior tratamento definitivo. DISCUSSÃO: Diante do histórico do paciente somado ao quadro de volvo em uma faixa etária incomum, houve a hipótese de Doença de Hirschsprung - que teria causado essas intercorrências. Apesar dos diagnósticos geralmente serem feitos no período neonatal, este paciente teve suspeição tardia da doença, resultando em volvo, uma complicação rara. Na maioria dos casos a patologia afeta apenas o cólon retossigmóide, porém pode envolver até o delgado. Essa diferenciação depende das biópsias e da visualização do segmento dilatado no procedimento cirúrgico, que é o tratamento definitivo.

Palavras-chave: Doença de Hirschsprung. Volvo Intestinal. Obstrução Intestinal.

LATE DIAGNOSIS WITH COMPLICATIONS OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE - CASE REPORT

RABELO FD[1], OLIVEIRA GVB[1], FERNANDES LMB[1], GERMANO MP[1]

1Faculty of Medicine of Barbacena

INTRODUCTION: Hirschsprung's disease, a disorder in the intestinal motility, is caused by the absence of nerve ganglia in intestinal segments resulting in functional obstruction. It is more common in males and may be related to chromosomal abnormalities. The diagnosis, usually made in the neonatal period or can besuspect in childhood or adolescence. In the last one, chronic obstruction can cause complications such as volvulus and enterocolitis. CASE REPORT: Male patient, 9 years old, admitted with constipation for 7 days (without resolution after anenema) and fecaloid vomiting. Radiography and tomography of the abdomen were performed, which showed great distension of intestinal loops and hydro-aerial levels. The laboratory tests were normal and only showed an increased C-reactive protein. Due to the acute obstructive abdomen, probably caused b yan intestinal volvulus, the patient was approached by general surgery and performed an exploratory laparotomy, which confirmed the diagnosis. There is a past history of abdominal distension, obstruction and constipation since birth, despite therapeutic measures (polyethyleneglycol). There is also a report of fecal incontinence and post prandial abdominal bloating. The diagnostic hypothesis is Hirschsprung's disease, that causes a history of constipation, and intestinal volvulus as a complication. The patient awaits biopsy (gold standard) for confirmation and definitive treatment. DISCUSSION: The association of patient's history with the intestinal volvulus and dispite the unusual age range, lead to the hypothesis of Hirchsprung's disease – which can cause these complications. Although diagnoses are usually made in the neonatal period, this patient was late suspected of the disease, let the pacient to evolve to intestinal involuvus, a rare complication. In most cases the pathology affects only the rectosigmoid colon, but it can involve the small bowel. This differentiation depends of the biopsies results and the visualization of the dilated segment in the surgical resection, which is the definitive treatment.

Keywords: Hirschsprung's Disease. Intestinal Volvulus. Intestinal Obstruction.

ESCLEROSE MÚLTIPLA PRIMARIAMENTE PROGRESSIVA: RELATO DE CASO

PEREIRA JK[1], LIMA LC[1], OLIVEIRA RAR[1], TANURE SS[1], RABELLO FAPCJ[2]

1 Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE

2 Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

INTRODUÇÃO: A Esclerose múltipla é uma doença desmielinizante autoimune do sistema nervoso central cuja fisiopatologia complexa envolve predisposição genética combinada a exposição a determinados fatores ambientais. RELATO DE CASO: Paciente de 59 anos, feminina, com queixa de dor e fraqueza crônica. Início dos sintomas há 8 anos, de forma insidiosa, com distúrbio sensitivo doloroso em face. Há 6 anos iniciou paraparesia assimétrica associada a incoordenação e ataxia de marcha. Nos próximos 4 anos a fraqueza progrediu para os membros superiores. Há 2 anos, iniciou tremor cerebelar nos membros e fala escandida. Durante o exame físico foi descrito prova de Romberg positiva; dismetria bilateral, mais intensa à esquerda, marcha atáxica, hiperreflexia difusa com sinal de Tromner. O diagnóstico de Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva foi definido através dos critérios de McDonald (2017) com exclusão de diagnósticos alternativos (tabela 1, figuras 1 e 2). Paciente faz uso de ocrelizumabe com estabilidade clínica há um ano. DISCUSSÃO: A Esclerose Múltipla é considerada uma doença rara em países tropicais como o Brasil, onde a prevalência estimada são 15 casos por 100.000 habitantes. Empaíses de clima temperado, a prevalência pode ser até 20 vezes maior. A Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva é a forma mais rara da Esclerose Múltipla, ocorrendo em 10-15% dos casos. Atinge igualmente ambos os sexos, em uma faixa etária mais tardia (até 55 anos), o que é incomum em outras doenças auto-imunes. A paciente deste caso tornou-se sintomática aos 51 anos, desenvolveu incapacidade neurológica progressiva sem surtos clínicos. A dor em face inicialmente diagnosticada como neuralgia trigeminal periférica na verdade era uma dor de origem central por lesão no núcleo do trigêmio na substância cinzenta do tegmento mesencefálico, como revela a Ressonância Magnética. A hipovitaminose D prolongada é um fator de risco ambiental bem documentado na fisiopatologia da doença, tratada com sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: Esclerose Múltipla, Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva, Transtornos Motores.

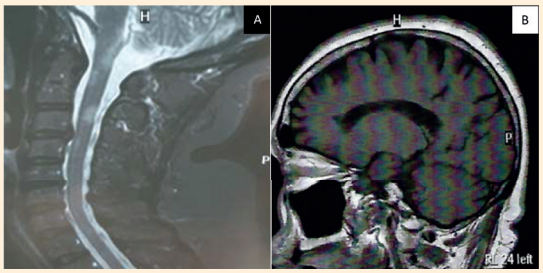


Figura 1. A) Corte sagital de Ressonância Magnética de coluna cervical ponderada em T2-STIR (2018) revelou múltiplas pequenas lesões ovoides com hipersinal,e situadas na periferia da medula nos níveis de C1 a C5. B). Corte sagital de Ressonância Magnética de encéfalo em sequência T1(2019) revela lesão alongada com hipossinal, perpendicular ao corno frontal do ventrículo lateral esquerdo, sugestivo de black hole.

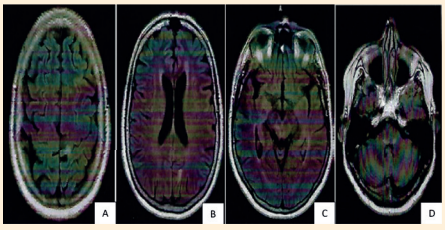


Figura 2. Cortes axiais de imagens de Ressonância Magnética de encéfalo pesadas em T2/FLAIR revelando lesões desmielinizantes com hipersinal situadas em região subcortical próxima a interface com a substância cinzenta, com acometimento de fibras U no lóbulo paracentral (A) e cúneo do lobo occipital (B). Observam-se também lesões no tegmento do mesencéfalo à direita (C) e nos pedúnculos cerebelares (D).

Soro sanguíneo	(21/01/2019): VDRL NR, Anti-aquaporina 4 (IFI) < 1/10 (negativo), ceruloplasmina 22,5mg/dl, cobre 98,7 microg/dl, eletroforese de proteínas: ausência de proteína monoclonal; ECA 58,7 U/L, FAN NR, anti-HIV 1 e 2 NR, HBsAg 0,21, Anti-HCV 0,11, Anti-HTLV I e II 0,1, Anti-Ro negativo, anti-La negativo, ANCA P, C e atípico NR, FTA-ABS IgG NR, Pesquisa de anticorpos IgM T. pallidum NR. (15/08/2019): B12 194; Homocisteína 11,43; 25-hidroxi-vitamina D 16,1 ng/ml. (27/09/2019):Toxoplasmose IgM índice 0,10 (NR), Toxo IgG 0,4 (NR); Homocisteína 11,43 (4,44-13,56); Anticoagulante lúpico não detectado ; CMV IgG 181,30 (reagente > 6); CMG IgM 0,12 (não reagente); EBV IgG 40,32 (reagente > 1); EBV IgM 0,09 (não reagente); anti-cardiolipina IgM < 9,4 (não reagente); Anti-cardiolipina IgA < 9,4 (não reagente); Anti-cardiolipina IgG < 9,4 (NR); Proteina C funcional 117% (não reagente); HSV 1 e 2 IgM índice < 0,5 (NR); HSV 1 e 2 IgG 17,6 (reagente : 1,1); C3 131; C4 36; Proteína S funcional 89%.
Líquor	(28/05/15) Citometria: 2 leucócitos/mm3 100% mononucleadas, hemácias ausentes, glicose 93mg/dl, proteínas 17mg/dl. Ausência de bandas oligoclonais. GRAM ausências de germes por microscopia direta.

Tabela 1. Resultado de exames complementares realizados para diagnóstico diferencial no caso. VDRL: *venereal disease research laboratory;* NR: não reator; IFI: imunofluorescência indireta; FAN: fator anti-nuclear; EBV: Epstein-Barr vírus; CMV: citomegalovírus; HSV: herpes simples vírus.

PRIMARY PROGRESSIVE MULTIPLE SCLEROSIS: CASE REPORT

PEREIRA JK[1], LIMA LC1, OLIVEIRA RAR[1], TANURE SS1, RABELLO FAPCJ[2]
1 Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE
2 Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

INTRODUCTION: Multiple sclerosis is an autoimmune demyelinating disease of the central nervous system and its complex pathophysiology involves genetic predisposition combined with exposure to certain environmental factors. CASE REPORT: A 59-year-old female patient, complaining of pain and chronic weakness. Symptoms started 8 years ago, insidiously, with painful sensory disturbance in the face. Six years ago, she started with asymmetric paraparesis associated with incoordination and gait ataxia. In the next 4 years the weakness progressed to the upper limbs. Two years ago, she started a cerebellar tremor in her limbs and spoke in a deep voice. During the physical examination, a positive Romberg test was described; bilateral dysmetria, more intense on the left, ataxic gait, diffuse hyperreflexia with Tromner's sign. The diagnosis was defined using the McDonald's criteria (2017) excluding alternative diagnoses (table 1, figures 1 and 2). Patient has been using ocrelizumab with clinical stability for one year. DISCUSSION: Multiple sclerosis is considered a rare disease in tropical countries like Brazil, where the prevalence is estimated at 15 cases per 100,000 inhabitants. In certain temperate countries, the prevalence can be up to 20 times higher. Primary progressive Multiple sclerosis is the rarest form of Multiple sclerosis, occurring in 10-15% of cases. It affects both sexes equally at a later age (up to 55 years), uncommon in other autoimmune diseases. In the case above, the patient became symptomatic with 51 years old, been defined as progressive neurological disability without clinical outbreaks. The pain diagnosed as peripheral trigeminal neuralgia was actually a pain of central origin due to a lesion in the trigeminal nucleus in the gray matter of the mesencephalic tegmentum, as revealed by aMagnetic Resonance Imaging. Prolonged hypovitaminosis D is a well-documented environmental risk factor in the pathophysiology of the disease and has been successfully treated.

KEYWORDS: Multiple Sclerosis; Primary Progressive Multiple Sclerosis; Motor Disorders.

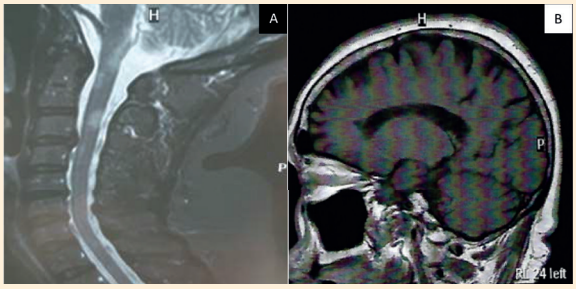


Figure 1. A) Sagittal MRI section of cervical spine T2-STIR-weighted (2018) revealed multiple small ovoid lesions with hypersignal, located on the periphery of the spinal cord at levels C1 to C5. B) Sagittal MRI section of the brain in T1 sequence (2019) reveals an elongated lesion with hyposignal, perpendicular to the frontal horn of the left lateral ventricle, suggestive of a black hole.

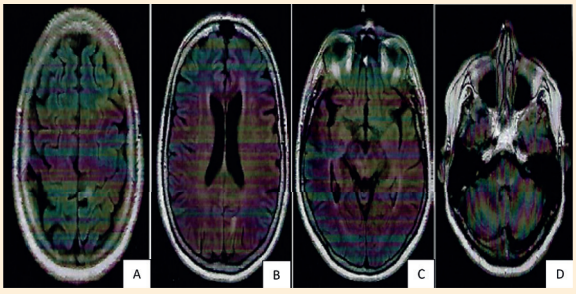


Figure 2. Axial sections of heavy brain images in T2 / FLAIR revealing demyelinating lesions with hypersignal located in a subcortical region close to the interface with the gray matter, with involvement of U fibers in the paracentral lobe (A) and occipital lobe cube (B). Lesions are also observed in the right midbrain tegmentum (C) and in the cerebellar peduncles (D).

Blood serum	(21/01/2019): VDRL NR, Anti-aquaporin 4 (IFI) <1/10 (negative), ceruloplasmin 22.5mg/dl, copper 98.7 microg/dl, protein electrophoresis: absence of monoclonal protein; ECA 58.7 U/L, FAN NR, anti-HIV 1 and 2 NR, HBsAg 0.21, Anti-HCV 0.11, Anti-HTLV I and II 0.1, Anti-Ro negative, anti-La negative, HIP P, C and atypical NR, FTA-ABS IgG NR, Antibody research IgM T. pallidum NR. (15/08/2019): B12 194; Homocysteine11,43; 25-hydroxy-vitamin D 16,1 ng/ml. (27/09/2019): Toxoplasmosis IgM index 0.10 (NR), Toxo IgG 0.4 (NR); Homocysteine 11.43 (4.44-13.56); Lupus anticoagulant not detected; CMV IgG 181.30 (reagent> 6); CMG IgM 0.12 (non-reagent); EBV IgG 40.32 (reagent> 1); EBV IgM 0.09 (non-reagent); anti-cardiolipin IgM <9.4 (non-reagent); Anti-cardiolipin IgA <9.4 (non-reagent); Anti-cardiolipin IgG <9.4 (NR); 117% functional protein C (non-reagent); HSV 1 and 2 IgM index <0.5 (NR); HSV 1 and 2 IgG 17.6 (reagent: 1.1); C3 131; C4 36; Functional protein S 89%.
Liquor	(28/05/15) Cytometry: 2 leukocytes/mm3 100% mononucleated, red cells absent, glucose 93mg/dl, proteins 17mg/dl. Absence of oligoclonal bands. GRAM absence of germs by direct microscopy.

Table 1. Result of complementary exams performed for differential diagnosis in the case. VDRL: venereal disease research laboratory; NR: non-reactor; IFI: indirect immunofluorescence; ANF: anti-nuclear factor; EBV: Epstein-Barr virus; CMV: cytomegalovirus; HSV: herpes simplex virus.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ASSOCIADO AO USO DE COCAÍNA EM UM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Lopes SAS[1], Teles T[1], Rocha IO[1], Iatarola VMS[1], Santana TMGQ[2]
1 Fundação Universitária Jose Bonifácio
2 Fundação Universitária Jose Bonifácio

Resumo

Introdução: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um desfecho relativamente raro em jovens; nestes indivíduos, a epidemiologia e a etiologia em geral são distintas daquelas encontrados em idosos, nos quais a doença aterosclerótica coronariana (DAC) é a principal causa. Seu acontecimento regularmente advém do uso de cocaína,que é uma droga ilícita estimulante do Sistema Nervoso Central, altamente relacionado a dependência pelos seus efeitos diretos na via mesolímbica. Devido ao fácil acesso é amplamente utilizada e está associada toxicidade aguda e crônica em praticamente todos os órgãos. Relato de caso:Paciente do sexo masculino, 25 anos, usuário de cocaína a 6anos,foi admitido em unidade básica de saúde com queixa de súbita precordialgia em queimação associada a sudorese fria,iniciada mediante atividade física, após uso dessa droga combinada com álcool nas 24 horas precedentes. O quadro clínico e exames foram compatíveis com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com sucessivo encaminhamento para o Hospital Ibiapaba CEBAMS, referência em Síndrome Coronariana Aguda. Discussão: O uso indiscriminado da cocaína mostrou-se fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de IAM em pacientes 18 a 45 anos, chegando a 25% nessa população. Os mecanismos desencadeantes são espasmos coronários e a ativação da cascata de coagulação o que resulta na interrupção do fluxo sanguíneo para as artérias coronárias, que irrigam o miocárdio. O tratamento do IAM associado ao uso de cocaína difere do que é realizado em não usuários da droga, sendo de suma relevância o correto manejo desses pacientes, visando a redução da morbimortalidade associada. Dessa forma, com base no impacto que a droga pode gerar no sistema de saúde, existe a necessidade de investigação de história positiva para seu uso, principalmente em pacientes jovens apresentando precordialgia, nas unidades de prontoatendimento.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio. Jovem. Cocaína. Estudo de caso.

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION RELATED TO COCAINE USE IN YOUNG: A CASE REPORT

Lopes SAS[1], Teles T[1], Rocha IO[1], Iatarola VMS[1], Santana TMGQ[2]
1 Fundação Universitária Jose Bonifácio
2 Fundação Universitária Jose Bonifácio

Abstract

Introduction: Acute Myocardial Infarction (AMI) is a relatively rare outcome in young people; in these individuals, the epidemiology and a etiology in general are different from those found in the elderly, in which coronary atherosclerotic disease (CAD) is the main cause. Its occurrence regularly comes from the use of cocaine, which is an illicit stimulant drug in the Central Nervous System, highly related to addiction due to its direct effects on the mesolimbic pathway. Due to its easy access, it is widely used and is associated with acute and chronic toxicity in practically all organs. Case report: A 25-year-old male patient, with a 6-year history of cocaine abuse, was admitted to a basic health unit complaining of sudden chest burning-like pain associated with cold sweating, initiated by physical activity, after using this drug combined with alcohol in the previous 24 hours. The clinical presentation and exams were compatible with the diagnosis of acute myocardial infarction with successive referral to Hospital Ibiapaba CEBAMS, a reference in Acute Coronary Syndrome. Discussion: The indiscriminate use of cocaine proved to be an important risk factor for the development of cardiovascular diseases, being the main cause of AMI in patients ranging from 18 to 45 years of age, reaching 25% in this population. The triggering mechanisms are coronary spasms and the activation of the coagulation cascade, which results in the interruption of blood flow to the coronary arteries, which supply blood irrigation to the myocardium. The treatment of AMI associated with the use of cocaine differs from that performed in non-users of this stimulant, the correct management of these patients is extremely important, aiming at reducing the associated morbidity and mortality. Thus, based on the impact that this drug can have on the health system, there is a necessity to investigate a positive history for its use, especially in young patients with precordialgia, in emergency care units.

Keywords: Acute myocardial infarction. Young. Cocaine. Case report.

PADRÃO DE WINTER: ESTAMOS SUBESTIMANDO O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO?

Maranhão ACR[1], Ferreira GS[1], Oliveira GVB[1], Emygdio PH[1], Santana TMGQ[1]
1 Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE

INTRODUÇÃO: O padrão "De Winter" é uma alteração eletrocardiográfica verificada em 2% dos casos de obstrução proximal da Artéria Descendente Anterior. Acomete, principalmente, homens jovens hipercolesterolêmicos, e representa um importante fator de risco para infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST). Nesse padrão, é evidenciado infradesnivelamento de ST, seguido de morfologia ascendente, apiculada e simétrica da onda T nas derivações precordiais de forma persistente. O ECG torna-se característico após 90 minutos do início dos sintomas, e o tratamento de escolha é a reperfusão coronariana de emergência. RELATO DE CASO: Mulher, 51 anos, hipertensa, portadora de artrite reumatóide, admitida com dor torácica há 5 dias de início insidioso, intermitente com irradiação para membro superior esquerdo. Relata 3 consultas nesse período com prescrição de nitrato, insuficiente para a melhora dos sintomas. ECG: infradesnivelamento de ST nas derivações precordiais seguido de onda T positiva e ascendente. À internação, foi solicitado troponina, e iniciado tratamento com nitrato, AAS e B-bloqueador. Em 24 horas evoluiu com piora álgica, supradesnivelamento de ST em V1 e V2, e aumento da troponina. Após 4 dias de internação, foi diagnosticado IAMCSST na parede anterior e área inativa ântero-septal. A angioplastia evidenciou obstrução da coronária descendente anterior de 98%, ventrículo esquerdo hipertrófico e hipocinesia anterior leve e apical importante. A paciente foi submetida a implante de stent farmacológico, com bom resultado angiográfico. DISCUSSÃO: Embora o ECG tenha sido característico do padrão "De Winter", houve um atraso no diagnóstico e consequentemente da terapêutica de escolha, suscitando a evolução para um supradesnivelamento de ST, e a instalação de sequelas como a hipocinesia anterior e apical. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é disseminar o conhecimento sobre essa rara patologia, para que desfechos como os do quadro relatado possam ser evitados com reconhecimento e instituição terapêutica precoces.

PALAVRAS-CHAVE: Infarto do miocárdio. Oclusão coronária. Eletrocardiografia.

THE DE WINTER ECG PATTERN: ARE WE UNDERESTIMATING THE MYOCARDIAL INFARCTION?

Maranhão ACR[1], Ferreira GS[1], Oliveira GVB[1], Emygdio PH[1], Quintão TM[1]
1 Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE

INTRODUCTION: The de Winter ECG pattern is an electrocardiographic alteration found in 2% of proximal occlusion of the Anterior Descending Artery cases. Affects, mostly, younghy per cholesterolemic men and represents an important risk factor for ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). In this pattern, it's shown ST-segment depression, followed by ascending, peaked and symmetric morphology of the T wave in precordial leads in a persistent manner. The ECG becomes characteristic after 90 minutes of the symptoms on set, and the treatment of choice is the emergency coronary reperfusion. CASE REPORT: 51-year-old woman, hypertensive, with rheumatoid arthritis, admitted with chest pain for 5 days with insidious onset, intermittent and radiating to the left upper limb. Reports 3 medical consultations in this period with nitrate prescription, insufficient to relieve pain. ECG: ST-segment depression on precordial leads followed by positive and upward T wave. At admission, troponin was requested and treatment with nitrate, ASA and beta blocker was initiated. In 24 hours, she evolved with worsening pain, ST-segment elevation in V1 and V2 and troponin increase. After 4 days of hospitalization, she was diagnosed with STEMI on anterior wall and on inactive anteroseptal area. The angioplasty evidenced 98% occlusion of the anterior descending artery, hypertrophic left ventricle and mild anterior and important apical hypokinesis. The patient was submitted to drug-eluting stent implant, with good angiographic result. DISCUSSION: Although the ECG was characteristic of "De Winter" pattern, there was a delay in diagnosis and, consequently, in the therapy of choice, enabling the evolution to an ST-segment elevation and the arisen of after effects like the anterior and apical hypokinesis. Therefore, the aim of this work is to disseminate the knowledge about this rare pathology, so that outcomes as the one of the case reported can be avoided with early recognition and therapeutic institution.

KEYWORDS: Myocardium infarction. Coronary occlusion. Electrocardiography.

RELATO DE CASO RARO E INCONCLUSIVO DE CANALICULITE POR ACTINOMYCES ISRAELLI

Silva ACSM[1], Palma ALX[2], Sallum LV[2], Azevedo MO[2], Sousa VA[2]
1-Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG - Brasil.
2-Discentes da Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, MG – Brasil.

INTRODUÇÃO: A canaliculite é considerada uma contaminação rara que não apresenta melhora espontânea, portanto deve-se realizar a propedêutica adequada. O agente causal habitual é o Actinomycesisraelli, bactéria gram-positiva, anaeróbia. RELATO DE CASO: Paciente leucoderma, sexo feminino, 52 anos. Relata que há um ano apresentava desconforto em olho esquerdo associado a secreção hialina intermitente. Foi encaminhada ao oftalmologista após a realização de uma dacriocistografia, que demonstrou obstrução em canalículo superior esquerdo, mas via lacrimal baixa pérvia. Paciente afirmou a realização de inúmeros tratamentos pela suspeita de conjuntivite ou obstrução do canal lacrimal à esquerda. Ao exame clínico inicial, à expressão do saco lacrimal esquerdo, a ausência de secreção purulenta e o teste de Milder negativo indicam ausência de infecção e obstrução. À expressão de canalículo superior esquerdo, foi evidenciado presença de lesão endurecida, móvel, o que sugere a hipótese diagnóstica de canaliculite. Foi efetuada cirurgia, curetagem e exérese para abertura do canalículo lacrimal superior, que expôs cálculo amarelado. Não houve necessidade de suturas. No pós-operatório foi administrado colírio antibiótico. O cálculo foi enviado para biópsia que pelo laudo demonstrou-se inconclusivo. DISCUSSÃO: A canaliculite é uma infecção do canalículo lacrimal que apresenta Actinomycesisraellii como principal agente etiológico. Assim, ainda que a biópsia tenha apresentado resultado inconclusivo, não é indicado descartar a hipótese, visto que ao exame microbiológico é difícil identificar e isolar corretamente a bactéria. O diagnóstico é realizado através de exame clínico característico e bacterioscopia, de forma a excluir os possíveis diagnósticos diferenciais: conjuntivite, blefarite e hordéolo. É importante ressaltar a diferença entre a canaliculite e a conjuntivite, uma vez que ambas apresentam sinais e sintomas semelhantes. Apesar de possuírem abordagens também parecidas, a canaliculite possui tratamento essencialmente cirúrgico, que se mostrou eficaz e conservador, deve ser realizada a canaliculotomia com posterior irrigação com Penicilina cristalina.

Palavras-chave: Canaliculite. Actinomyces. Obstrução do ducto lacrimal. Biópsia.

RARE AND INCONCLUSIVE CASE REPORT OF CANALICULITIS BY ACTINOMYCES ISRAELLI

Silva ACSM[1], Palma ALX[2], Sallum LV[2], Azevedo MO[2], Sousa VA[2]
1-Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG - Brasil.
2-Discentes da Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, MG – Brasil.

INTRODUCTION: Canaliculitis is considered a rare contamination that does not present spontaneous improvement, so adequate propaedeutics should be performed. The usual agent is the Actinomyces israelli, a gram-positive anaerobic bacteria. CASE REPORT: female caucasian patient, 52 years old. She reports that one year ago presented discomfort in the left eye associated with intermittent hyaline secretion. She was referred to the ophthalmologist after a dacryocystography, which demonstrated obstruction in the left upper canaliculus, but low lacrimal duct pervium. The patient stated that numerous treatments were given by suspected conjunctivitis or obstruction of the left tear canal. On the initial clinical examination, expression of the left lacrimal sac, absence of purulent secretion and negative Milder test indicated absence of infection and obstruction. The expression of the left upper canaliculus showed the presence of a hardened, mobile lesion, suggesting the diagnostic hypothesis of canaliculitis. Surgery, curettage and exeresis were performed to open the upper lacrimal canaliculus, which exposed yellowish calculus. There was no need for sutures. In the postoperative period, antibiotic eye drops were administered. The calculus was sent for biopsy, which the report proved to be inconclusive. DISCUSSION: Canaliculitis is an infection of the lacrimal canaliculus that presents Actinomyces israellii as the main etiological agent. Thus, although the biopsy presented an inconclusive result, it is not indicated to rule out the hypothesis, since microbiological examination is difficult to correctly identify and isolate the bacteria. Diagnosis is made through clinical characteristics, examination and bacterioscopy, in order to exclude possible differential diagnoses: conjunctivitis, blepharitis and hordeole. It is important to highlight the difference between canaliculitis and conjunctivitis, since both present similar signs and symptoms. Although they have similar approaches, canaliculite has essentially surgical treatment, which proved effective and conservative, canalicultomy should be performed with subsequent irrigation with crystalline penicillin.

Keywords: Canaliculitis. Actinomyces. Lacrimal Duct Obstruction. Biopsy.

SÍNDROME DE PANCOAST CAUSADA POR ADENOCARCINOMA PULMONAR METASTÁTICO: UM RELATO DE CASO

Oliveira LCC[1], Oliveira LB[1], Silva LEO[1], Prudente LP[1], Tavares RF[1]
1 Faculdade de Medicina de Barbacena

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Pancoast pode ser o resultado de doenças neoplásicas, inflamatórias ou infecciosas. Ela geralmente consiste em um tumor primário do ápice pulmonar, tendo como principal etiologia o carcinoma de não-pequenas células. RELATO DE CASO: I.M, sexo masculino, 54 anos, ceramista, tabagista, 70 anos/maço, procurou atendimento médico em março de 2019. Paciente relatava que, há dois meses, apresentava dor em membro superior direito, acompanhada por parestesia unilateral direita e edema de membros superiores. Além disso, tosse seca e crônica, disfagia e dor torácica. Ao exame físico apresentava fácies pletórica, anidrose em hemiface direita, miose e ptose palpebral ipsilateral e acentuada linfonodomegalia supraclavicular, de aspecto duro, indolor, aderido a planos profundos e pele circundante hiperemiada à direita. Na tomografia computadorizada de tórax e do pescoço (Figura 01) foi acusada lesão expansiva sólida medialmente ao segmento apical do lobo superior direito, sugestiva de neoplasia primária. Associado a isso, linfonodomegalia hilar direita e mediastinal, gerando compressão extrínseca da veia cava superior, o que levou a síndrome desta estrutura. Após a realização de biópsia do tecido neoplásico, foi revelada infiltração por adenocarcinoma de origem pulmonar para os linfonodos cervicais e supraclaviculares direitos. O paciente apresentou piora do quadro, evoluindo a óbito por sepse. DISCUSSÃO: O relato de caso é típico da síndrome de Pancoast, que geralmente cursa com um conjunto de sinais e sintomas como dor no ombro e membro superior ipsilateral e paresia devido a invasão da parede torácica e do plexo braquial. Também se associa com a síndrome de Claude Bernard Horner, que gera ptose palpebral, miose e anidrose ipsilateral, causada pela invasão da cadeia simpática e do gânglio cervical inferior. No caso acima, a Síndrome de Pancoast é causada por uma metástase para linfonodos e não por um tumor primário do ápice pulmonar, levando a um quadro clássico com causa atípica.

Palavras-chave: Síndrome de Pancoast. Síndrome de Horner. Adenocarcinoma metastático.

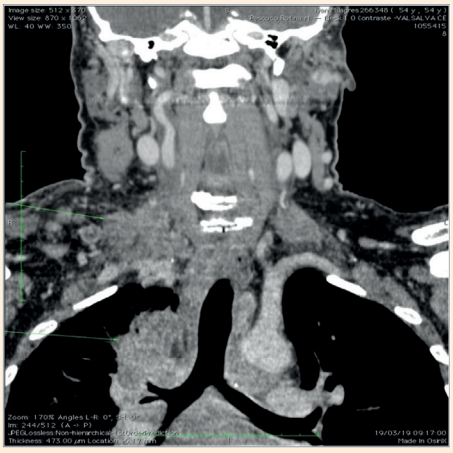


Figura 01: Tomografia computadorizada do pescoço do paciente evidenciando franca linfonodomegalia hilar direita e mediastinal, além de compressão extrínseca de veia cava superior, trombose de veia jugular interna e lesão sólida medialmente ao segmento apical do lobo superior direito.
Fonte: Medscanner - Hospital Ibiapaba Cebams, 19/03/2019

PANCOAST SYNDROME CAUSED BY METASTATIC PULMONARY ADENOCARCINOMA: A CASE REPORT.

Oliveira LCC[1], Oliveira LB[1], Silva LEO[1], Prudente LP[1], Tavares RF[1]
1 Faculdade de Medicina de Barbacena

INTRODUCTION: Pancoast syndrome can be the result of neoplastic, inflammatory or infectious diseases. It usually consists of a primary tumor of the pulmonary apex, of which the main etiology is a non-small cell carcinoma. CASE REPORT: I.M, male, 54 years old, ceramist, smoker, 70 years/pack, sought medical attention in March 2019. Patient reported that, two months before, he felt pain in his right upper limb, accompanied by unilateral right paraesthesia and edema of the upper limbs. Besides dry and chronic cough, dysphagia and chest pain. On physical examination, he had plethoric facies, anhidrosis in right hemiface, miosis and ipsilateral eyelid ptosis and marked supraclavicular lymph node enlargement, with a hard, painless appearance, adhered to deep planes and surrounding hyperemic skin. Computed tomography of the chest and neck (Figure 01) revealed a solid expansive lesion medially to the apical segment of the right upper lobe, suggestive of a primary neoplasm. It also showed right and mediastinal hilar lymph node enlargement, causing extrinsic compression of the superior vena cava, which led to the syndrome of this structure. After a biopsy of the neoplastic tissue, infiltration by pulmonary adenocarcinoma into the right cervical and supraclavicular lymph nodes was revealed. He rapidly died from sepsis. DISCUSSION: The case report is typical of Pancoast syndrome, which usually leads to signs and symptoms such as pain in the shoulder and ipsilateral upper limb and paresis due to invasion of the chest wall and brachial plexus. It is also associated with Claude Bernard Horner syndrome, which generates eyelid ptosis, miosis and ipsilateral anhidrosis, caused by the invasion of the sympathetic chain and the lower cervical ganglion. In the case above, Pancoast Syndrome was caused by a metastasis to lymph nodes and not by a primary tumor of the pulmonary apex, leading to a classic picture with an atypical cause.

Keywords: Pancoast syndrome. Horner syndrome. Metastatic adenocarcinoma.

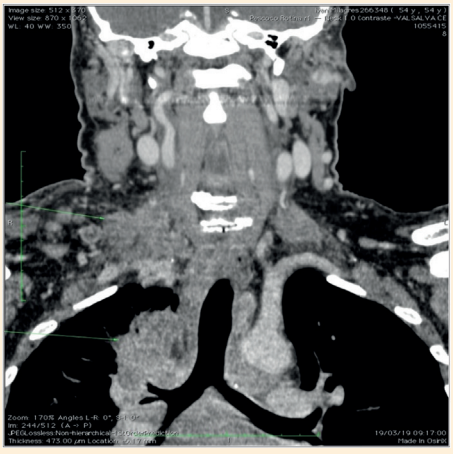


Figure 01: Computed tomography scan of the patient's neck showing clear right hilar and mediastinal lymph node enlargement, in addition to extrinsic compression of the superior vena cava, thrombosis of the internal jugular vein and solid mass medially to the apical segment of the right upper lobe.
Image by Medscanner - Hospital Ibiapaba Cebams, 19/03/2019.

SÍNDROME DE RETT: UM RELATO DE CASO

Guilherme LS[1], Pereira JK[1], Melo RP[1].
1 Faculdade de Medicina de Barbacena

INTRODUÇÃO: A síndrome de Rett é um distúrbio do neurodesenvolvimento, que evolui por um breve período inicial de desenvolvimento normal, seguido por sinais de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. A prevalência estimada é de 1:10.000 meninas nascidas vivas e sua etiologia está relacionada a mutações no gene MECP2. RELATO DE CASO: Paciente de 8 anos, sexo feminino, nascida a termo, APGAR 9/10. Apresentou aos 3 meses hipotonia central, evoluindo com dificuldade no equilíbrio (sentou sem apoio aos 12 meses e engatinhou aos 16 meses), ausência de marcha até os 24 meses (desenvolvendo marcha dispráxica), presença de estereotipias manuais, ausência de comunicação oral e episódios de irritabilidade. Aos 3 anos foi diagnosticada a Síndrome de Rett evidenciada pela deleção do gene MECP2. O quadro clínico alternou-se entre melhoras e declínios da habilidade motora e social, ocorrendo também irregularidades respiratórias. Aos 7 anos de idade, a paciente iniciou episódios que sugerem o aparecimento de crises epilépticas ou crises não epilépticas psicogênicas, não antes descritas. Atualmente, ela apresenta discreta melhora das estereotipias, permanecendo a ausência de habilidades manuais; ausência de desenvolvimento da fala e persistência da marcha dispráxica, com melhora do equilíbrio e postura; segue com a persistência dos episódios descritos como “crises”, aguardando realização do eletroencefalograma para diagnóstico dessa manifestação. DISCUSSÃO: A Síndrome de Rett possui manifestações clínicas que evoluem de forma previsível, sendo esse padrão importante na descrição, uma vez que não há alterações em exames de imagem. O quadro descrito ilustra a evolução típica da doença, com as oscilações entre declínio, estabilidade e ascensão do neurodesenvolvimento, podendo ser dividido em estágios (I-IV). As “crises” atuais estão em investigação podendo ser de etiologia não sindrômica. Ainda que seja uma doença irreversível e incurável, o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar é essencial para proporcionar melhoria na qualidade de vida.

Palavras-chave: Síndrome de Rett. Transtornos do Neurodesenvolvimento.

RETT SYNDROME: A CASE REPORT

Guilherme LS[1], Pereira JK[1], Melo RP[1]
1 Barbacena School of Medicine

INTRODUCTION: Rett syndrome is a disorder of neurodevelopment, which progressing during a brief initial period of normal development, followed by signs of delayed neuropsychomotor development. The estimated prevalence is 1:10,000 live female births and its etiology is related to mutations in the MECP2 gene. CASE REPORT: 8-year-old female, born full-term, APGAR 9/10. She presented central hypotonia at 3 months, evolving with difficulty in balance (she sat without support at 12 months and crawled at 16 months), absence of gait until 24 months (developing dyspraxic gait), presence of manual stereotypes, absence of oral communication and episodes of irritability. At 3 years old the Rett syndrome was diagnosed evidenced by deletion of the MECP2 gene. The clinical picture alternated between improvements and declines in motor and social ability, also occurring respiratory irregularities. At 7 years old, the patient started episodes that suggest the appearance of epileptic seizures or psychogenic non-epileptic seizures, not previously described. Currently, she presents a slight improvement in stereotypes, remaining the absence of manual skills; absence of speech development and persistence of dyspraxic gait, with improvement in balance and posture; she continues with the persistence of the episodes described as "crises", waiting for the electroencephalogram to be performed to diagnose this manifestation. DISCUSSION: Rett syndrome has clinical manifestations that evolve in a predictable way, and this pattern is important in the description, since there are no alterations in imaging exams. The case described illustrates the typical evolution of the disease, with the oscillations between decline, stability and ascension of the neurodevelopment, and can be divided into stages (I-IV). The current "crises" are under investigation and may be of non-syndromic etiology. Although it is an irreversible and incurable disease, the accompaniment by a multidisciplinary team is essential to provide improvement in the quality of life.

Keywords: Rett Syndrome. Neurodevelopmental Disorders.

SÍNDROME DE TAKOTSUBO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA, UM RELATO DE CASO

Oliveira IE[1], Aguiar MP[2], Andrade MEO[2], Pinel YAM[3], Oliveira YE[2]
1 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.
2 Faculdade de Medicina de Barbacena FAME FUNJOB.
3 Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH).

Introdução: A Cardiomiopatia de Takotsubo (TTC) é caracterizada por uma disfunção temporária do ventrículo esquerdo (VE), associada a situações de estresse físico ou emocional. O quadro clínico, frequentemente, envolve dor precordial de início súbito e dispneia. A TTC apresenta semelhanças clínicas, laboratoriais e eletrocardiográficas com a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), porém, com condutas terapêuticas e prognósticos distintos, o que evidencia a importância de fazer o diagnóstico diferencial. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 62 anos, hipertensa, foi admitida com quadro de hipotensão transitória associada a sudorese e palidez, negou dor torácica e dispneia. Relatou quadro de epigastralgia aliviada com o uso Omeprazol no dia anterior e episódio estressante marcante. Realizou eletrocardiograma sendo inicialmente diagnosticada com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, sendo iniciado protocolo para SCA. Ao exame: pressão arterial 70x50 mmHg, ausculta cardiorrespiratória sem alterações. A cineangiocoronariografia mostrou aterosclerose discreta e difusa. Ao ecocardiograma e à ressonância magnética observou-se sinais sugestivos de TTC. Dosagem de Troponina: elevada. O tratamento consistiu em propedêutica para TTC. Discussão: Cerca de 2% dos casos que apresentam alterações no ECG sugestivas de SCA, são casos de TTC. Segundo Akashi *et al*. 90% dos casos foram do sexo feminino no período pós menopausa. A fisiopatologia dessa doença, ainda permanece indeterminada e a apresentação clínica mais comum é a dor retroesternal, de forma mais rara a síndrome pode se apresentar com dispneia, choque cardiogênico ou apenas alterações eletrocardiográficas. Geralmente, apresenta Troponina elevada e CKMB normal. O diagnóstico definitivo da TTC se dá após a realização da cineangiocoronariografia e ventriculografia esquerda. Inicialmente, devem receber terapia dupla antiplaquetária e anticoagulação até que a SCA seja descartada. Complicações hospitalares incluem arritmias cardíacas, obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo, choque cardiogênico, trombo ventricular, edema pulmonar, defeito no septo ventricular, e ruptura da parede livre.
Palavras-chave: Cardiomiopatia de Takotsubo. Diagnóstico Diferencial. Síndrome Coronariana Aguda. Estresse.

TAKOTSUBO SYNDROME: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE CORONARY SYNDROME, A CASE REPORT.

Oliveira IE[1], Aguiar MP[2], Andrade MEO[2], Pinel YAM[3], Oliveira YE[2]
1 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.
2 Faculdade de Medicina de Barbacena FAME FUNJOB.
3 Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH).

Introduction: Takotsubo Cardiomyopathy (TTC) is characterized by a temporary dysfunction of the left ventricle (LV), associated with situations of physical or emotional stress. The clinical picture often involves sudden onset precordial pain and dyspnoea. TTC shows clinical, laboratory and electrocardiographic similarities with Acute Coronary Syndrome (ACS), however, with different therapeutic approaches and prognoses, which shows the importance of making the differential diagnosis. Case Report: Female patient, 62 years old, hypertensive, was admitted with transient hypotension associated with sweating and pallor, denied chest pain and dyspnea. She reported epigastric pain relieved with the use of Omeprazole the day before and a very stressful episode. An electrocardiogram was performed, initially diagnosed with acute myocardial infarction without ST-segment elevation, and a protocol for ACS was started. On examination: blood pressure 70x50 mmHg, cardiorespiratory auscultation without changes. Cineangiocoronariography showed mild and diffuse atherosclerosis. The echocardiogram and magnetic resonance showed signs suggestive of TTC. Troponin dosage: high. The treatment consisted of propedeutics for TTC. Discussion: Approximately 2% of the cases with ECG changes suggestive of ACS are cases of TTC. According to Akashi *et al*. 90% of the cases were female in the post-menopausal period. The pathophysiology of this disease still remains undetermined and the most common clinical presentation is retrosternal pain, more rarely, the syndrome may present with dyspnea, cardiogenic shock or only electrocardiographic changes. Generally, it has elevated Troponin and normal CKMB. The definitive diagnosis of TTC occurs after the completion of cineangiocoronariography and left ventriculography. Initially, they should receive dual antiplatelet therapy and anticoagulation until the ACS is discarded. Hospital complications include cardiac arrhythmias, left ventricular outflow tract obstruction, cardiogenic shock, ventricular thrombus, pulmonary edema, ventricular septal defect, and rupture of the free wall.

Keywords: Takotsubo Cardiomyopathy. Diagnosis, Differential. Acute Coronary Syndrome. Stress.

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE BIFURCAÇÃO DE TRONCO DE CORONÁRIA ESQUERDA EM TÉCNICA DE MINI-CRUSH E SUA IMPLICAÇÃO NO REGIME DE ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA: RELATO DE CASO

OLIVEIRA, R.A.S.[1]; SILVA, M.V.P.[2]; CAMPOS, H.A.B[3]

1 Acadêmica da Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE;

2 Médico cardiologista e professor da Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE;

3 Hospital Ibiapaba CEBAMS.

Introdução: A angioplastia transluminal percutânea consiste em um procedimento da hemodinâmica, cuja finalidade é reestabelecer o fluxo normal de um vaso sanguíneo. Diante de particularidades, como angioplastias de bifurcação,técnicas como T-stent, crushing ou culotte devem ser previstas.A realização de angioplastia em tronco de coronária esquerda com colocação de stents nesse sítio crítico requer experiência do operador para a realização de um implante ótimo.Este trabalho objetiva relatar um caso incomum de abordagem de bifurcação de tronco de coronária esquerda com técnica de mini-crush, salientando a repercussão deste procedimento na antiagregação plaquetária posterior à angioplastia. Relato de caso:Paciente do sexo masculino, 67 anos; hipertenso; diabético; dislipidêmico; obeso mórbido; tabagista e etilista, intercorreu com precordialgia típica e dispneia. Ao exame físico encontrava-se corado; hidratado; acianótico;afebril; PA 130x70 mmHg; FC 68bpm; sem sopros; SO2 94%; perfusão capilar preservada; ausculta pulmonar com roncos; abdome livre; sem edemas, histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica e passado recente de infarto agudodo miocárdio com supradesnivelamento de ST.Discussão: Aventou-se como hipótese diagnóstica angina instável, sendo instituído protocolo de síndrome coronariana aguda. Apesar de indicação para cirurgia aberta, devido à obesidade mórbida,foi submetido à angioplastia coronariana com implante de stents farmacológicos em tronco de coronária esquerda/descendente anterior/circunflexa com técnica de mini-crush.Visto que esta técnica deixa três camadas de malha de stent farmacológico encostadas na parede do vaso, ela recebe maior quantidade de fármaco anti-fator de crescimento do endotélio vascular, fazendo com que a malha demore mais a ser recoberta. Tal fato impacta diretamente no tempo de antiagregação plaquetária, necessitando de um período superior a um ano (tempo mínimo recomendado pela diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia). Visto que a diretriz não define tempo máximo de antiagregação, observa-se que o grau de complexidade do tratamento pode demandar terapêutica ad eternum.

Palavras-chave: Angioplastia. Mini-crush. Angina instável.

PERCUTANEOUS TREATMENT OF LEFT CORONARY STEM BIFURCATION IN MINI-CRUSH TECHNIQUE AND ITS IMPLICATION IN THE PLATELETARY ANTIAGREGATION REGIME: CASE REPORT

OLIVEIRA, R.A.S.[1]; SILVA, M.V.P.[2]; CAMPOS, H.A.B[3].

1 Acadêmica da Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE;

2 Médico cardiologista e professor da Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE;

3 Hospital Ibiapaba CEBAMS.

Introduction: Percutaneous transluminal angioplasty consists of a hemodynamic procedure, whose purpose is to reestablish the normal flow of a blood vessel. In view of particularities, such as bifurcation angioplasties, techniques such as T-stent, crushing or culotte should be provided. Performing angioplasty on the left coronary trunk with stent placement in this critical site requires operator experience to perform an optimal implant. This paper aims to report an unusual case of a left coronary branch bifurcation approach using the mini-crush technique, highlighting the repercussion of this procedure on platelet antiplatelet therapy after angioplasty. Case Report: Male patient, 67 years old; hypertensive; diabetic; dyslipidemic; morbidly obese; smoker and alcoholic, had typical precordialgia and dyspnea. On physical examination, he was stained; hydrated; acyanotic; afebrile; PA 130x70 mmHg; FC 68 bpm; no murmurs; SO2 94%; preserved capillary perfusion; pulmonary auscultation with snoring; free abdomen; without edema, history of chronic obstructive pulmonary disease and recent past of acute myocardial infarction with ST elevation. Discussion: Unstable angina was diagnosed as a hypothesis, and an acute coronary syndrome protocol was instituted. Despite the indication for open surgery, due to morbid obesity, he underwent coronary angioplasty with implantation of drug-eluting stents in the left / anterior descending / circumflex coronary trunk using the mini-crush technique. Since this technique leaves three layers of drug-eluting stent mesh against the vessel wall, it receives a greater amount of anti-growth factor drug from the vascular endothelium, making the stent mesh take longer to be covered. This fact directly impacts the time of antiplatelet therapy, requiring a period of more than one year (minimum time recommended by the Brazilian Society of Cardiology guidelines). Since the guideline does not define maximum anti-aggregation time, it is observed that the degree of complexity of the treatment may require therapeutics ad eternum.

Keywords: Angioplasty. Mini-crush. Unstable angina.

VARIABILIDADE DA MARCHA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSAS COMUNITÁRIAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

DIZ, J.B.M.[1]; MOREIRA, B.S.[2]; ANJOS, D.M.C.[3]; KIRKWOOD, R.N.[4]; SILVA, C. F. M.[1]

1 Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME)

2 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

3 Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte (ESTÁCIO-BH)

4 Universidade McMaster (MAC)

Introdução: A investigação da variabilidade da marcha (VarM) e seus preditores clínico sem idosos diabéticos pode auxiliar em estratégias preventivas contra desfechos adversos como queda e incapacidade. Objetivos: Comparar medidas de VarM entre idosas sem e com diabetes e investigar fatores associados com a VarM nas idosas diabéticas. Método:Estudo transversal conduzido com 210 idosas comunitárias (65–86 anos), sem (n=114) e com (n=96) autorrelato de diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo2. As variáveis da marcha foram obtidas por meio de um tapete computadorizado (sistema GAITRite®). A variabilidade no comprimento do passo, tempo do passo, tempo de oscilação, tempo de apoio e tempo de duplo apoio foi expressa pelo coeficiente de variação. Essas variáveis foram comparadas entre idosas sem e com diabetes pelo teste de Mann-Whitney. Para investigar a associação univariada entre as medidas de VarM e as variáveis clínicas (idade, índice de massa corporal, número de comorbidades e escore do Miniexame do Estado Mental) nas idosas diabéticas foi usado o teste de correlação de Spearman. As variáveis clínicas que apresentaram associação com as medidas de VarM (p<0,20), foram inseridas em um modelo de regressão linear múltipla. Resultados: A variabilidade no tempo do passo e no tempo de oscilação foi significativamente maior nas idosas diabéticas em comparação com as idosas não diabéticas (p=0,021; p=0,006). Nas análises múltiplas, apenas a idade manteve-se significativamente associada com a variabilidade no tempo do passo (β=0,078;p=0,041), enquanto a idade e o número de comorbidades mantiveram-se significativamente associados com a variabilidade no tempo de oscilação (β=0,108;p=0,004 e β=0,267;p=0,018). Conclusão: Idosas diabéticas apresentam padrão de marcha menos eficiente e seguro. Idade e número de comorbidades predizem alguma variação no valor do tempo do passo e do tempo de oscilação. Estudos futuros devem investigar outros fatores não avaliados neste estudo, principalmente aqueles potencialmente modificáveis.

Palavras-chave: Marcha. Diabetes. Comorbidade. Miniexame do Estado Mental. Idosos.

GAIT VARIABILITY AND ASSOCIATED FACTORS IN COMMUNITY-DWELLING OLDER WOMEN WITH TYPE 2 DIABETES MLLITUS

DIZ, J.B.M.[1]; MOREIRA, B.S.[2]; ANJOS, D.M.C.[3]; KIRKWOOD, R.N.[4]; SILVA, C. F. M.[1]

1 Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME)

2 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

3 Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte (ESTÁCIO-BH)

4 Universidade McMaster (MAC)

Introduction: The investigation of gait variability (GV) and its clinical predictors in older adults with diabetes may assist in prevention strategies against adverse outcomes such as falls and disability. Objectives: To compare GV measures between older women with and without diabetes and investigate factors associated with GV in older women with diabetes. Method: Cross-sectional study conducted with 210 community-dwelling older women (65–86 years) without (n=114) and with (n=96) self-report of medical diagnosis of type 2 diabetes mellitus. Gait variables were obtained using a computerized mat (GAITRite® system). The variability in step length, step time, swing time, stance time and double support time was expressed by the coefficient of variation. These variables were compared between older women without and with diabetes using the Mann-Whitney test. Spearman's correlation test was used to investigate univariate association between GV measures and clinical variables (age, body mass index, number of comorbidities and the Mini-Mental State Examination score) in older women with diabetes. Those variables that were associated with GV measures in the univariate analysis (p<0.20), were included in a multiple linear regression model. Results: The variability instep time and swing time was significantly higher in older women with diabetes compared to older women without diabetes (p=0.021; p=0.006). In multiple regression models, only age remained significantly associated with the variability in thestep time (β=0.078; p=0.041), while age and number of comorbidities remained significantly associated with the variability in the swing time (β=0.108; p=0.004 and β=0.267; p=0.018). Conclusion: Older women with diabetes have a less efficient and safer gait pattern. Age and number of comorbidities predict some variation in the value of the step time and swing time. Future studies should investigate other factors not assessed in the present study, especially those that are potentially modifiable.

Keywords: Gait. Diabetes. Comorbidity. Mini-Mental State Examination. Older adults.

VOLUMOSO CISTO TIREOIDIANO SIMULANDO SINTOMAS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

TEIXEIRA, A.L.M.[1]; CONCEIÇÃO, F.C.N.[1]; DE ASSIS, G.P.[1]; ROCHA, I.O[1];DA SILVA, M.V.P[1]

1 Faculdade de Medicina de Barbacena

Introdução: Cisto tireoidiano é um tipo de lesão nodular preenchida por líquido em que ocorre transformação estrutural e/ou funcional de áreas parenquimatosas da tireoide. É um achado de natureza benigna e de pequeno tamanho. Tem alta prevalência em populações com baixa ingesta de iodo, mulheres, idosos e indivíduos expostos à radiação sobre o pescoço. Por sua posição, geralmente superficial e na região anterior, o nódulo tireoidiano pode ser identificado à palpação. Entretanto, um terço dos nódulos não são palpáveis por estarem posterior ou intraglandulares. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso clínico de uma paciente com quadro de dispneia aos grandes esforços e ortopneia, associada ao achado incomum de um cisto tireoidiano gigante, de localização atípica na região cervical inferior direita, com compressão extrínseca da traqueia. Relato de caso: S.M.F.P., sexo feminino, 39 anos, admitida com quadro de dispneia progressiva aos grandes esforços há dois meses, associada à ortopneia. Ao exame físico: corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril. Presença de tireoide palpável em lobo direito. Normotensa, ritmo cardíaco regular em dois tempos e sem sopros. Aparelho respiratório e abdominal fisiológicos. Exames complementares: BNP= 10 pg/mL, TSH = 0,83 mU/mL, T4L = 1,10 ng/dL, ecocardiograma transtorácico sem alteração estrutural, fração de ejeção de 61%, pressão de artéria pulmonar 29 mmHg. Ultrassonografia da tireoide: volumoso cisto tireoidiano com compressão de estruturas adjacentes. Discussão: O interessante deste caso consiste no fato de a paciente em questão apresentar sintomas de insuficiência cardíaca em decorrência de cisto tireoidiano gigante com compressão extrínseca da traqueia. Foi submetida à punção por agulha fina, cujo laudo citopatológico foi de lesão cística. Houve melhora da sintomatologia mediante alcoolização do cisto. É imprescindível um diagnóstico rápido e preciso, principalmente em adultos, para excluir malignidade mesmo em lesões císticas, como carcinomas epidermoides ou papilíferos de tireoide.

Palavras-Chave: Nódulo da Glândula Tireoide. Dispneia. Insuficiência Cardíaca.

VOLUMOUS THYROID CYST SIMULATING SYMPTOMS OF HEART FAILURE IN A YOUNG ADULT: CASE REPORT

TEIXEIRA, ALM[1]; CONCEIÇÃO, FCN[1]; DE ASSIS, GP[1]; ROCHA, IO[1]; DA SILVA, MVP[1];

1 Faculty of Medicine of Barbacena

Introduction: Thyroid cyst is a type of fluid-filled nodular lesion in which it occurs structural and/or functional transformation of thyroid parenchymal areas. It is a benign and small sized finding. It has a high prevalence in populations with low iodine intake, women, the elderly and individuals exposed to radiation on the neck. Because of its position, usually superficial and in the anterior region, the thyroid nodule can be identified by palpation. However, one third of the nodules are not palpable because they are posterior orintraglandular. This work aims to report the clinical case of a patient withdyspnea on exertion andorthopnea, associated with the unusual finding of a giant thyroid cyst, atypical location in the right lower cervical region, with extrinsic tracheal compression. Case report: SMFP, female, 39 years old, admitted with progressive dyspnea on exertion for two months, associated with orthopnea. Physical examination: flushed, hydrated, acyanotic, anicteric, afebrile. Presence of palpable thyroid in the right lobe. Normotensive, regular heart rhythm without murmurs. Respiratory systemphysiological and abdominal. Additional tests: BNP = 10 pg/mL, TSH = 0.83 mU/mL, T4L = 1.10 ng/dL, transthoracic echocardiogram without structural change, ejection fraction of 61% pulmonary artery pressure 29 mmHg. Ultrasound of the thyroid: large thyroid cystwith compression of adjacent structures. Discussion: The interesting thing about this case is the factthat the patient in question has symptoms of heart failure due to cystgiant thyroid gland with extrinsic compression of the trachea. The patient was submitted to fine needle aspiration, whose cytopathological report was cystic lesion. There was an improvement in symptoms through percutaneous ethanol injection of the cyst. A quick and accurate diagnosis is essential, especially in adults, in order to exclude malignancy even in cystic lesions, such as squamous cell carcinomas or papillary thyroid.

KEYWORDS: Thyroid Nodule. Dyspnea. Heart Failure.