32/S10

VOLUME 32 - SUPLEMENTO 10
DEZEMBRO DE 2022
E-ISSN: 2238-3182
ISSN: 0103-880X

RMMG
REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS



Suplemento da Revista Médica de Minas Gerais

Concurso casos clínicos interessantes

Revista Médica de Minas Gerais

EDITOR CHEFE
Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

VICE-EDITORA CHEFE
Maria Isabel Toulson Davisson Correia
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS
CIRURGIA
Rodrigo de Oliveira Peixoto
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - MG, Brasil

CLÍNICA MÉDICA
Enio Roberto Pietra Pedroso
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mário Benedito Costa Magalhães
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí
Pouso Alegre - MG, Brasil

Nestor Barbosa de Andrade
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG, Brasil

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Agnaldo Lopes Silva Filho
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

MEDICINA SOCIAL
Aline Dayrell Ferreira Sales
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

ORTOPEDIA
Lúcio Honório de Carvalho Junior
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PEDIATRIA
Maria do Carmo Barros de Melo
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PSIQUIATRIA
Frederico Duarte Garcia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Luciana Costa Silva
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL
Ahmed Helmy Salem
Assiut University Hospitals & Faculty of Medicine Tropical Medicine & Gastroenterology Department
Assiut EGYPT

Aldo da Cunha Medeiros
Centro Ciências da Saúde da UFRN
Natal - RN, Brasil

Almir Ribeiro Tavares Júnio
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil
Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Aroldo Fernando Camargos
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Bruno Caramelli
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Bruno Zilberstein
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Carlos Teixeira Brandt
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Cor Jesus Fernandes Fontes
Faculdade de Medicina da UFMT
Cuiabá - MT, Brasil

Dulciene Maria Magalhães Queiroz
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Edmundo Anderi Júnior
Faculdade de Medicina do ABC
São Paulo, SP - Brasil

Enio Cardillo Vieira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Fábio Leite Gastal
Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre - RS, Brasil

Fabio Zicker
Organizaçao Mundial da Saúde
Genebra, SUIÇA

Federico Lombardi
Universtá degli Studi di Milano
Milano, ITALY

Francisco José Dutra Souto
Universidade Federal do Mato Grosso
Cuiabá - MT, Brasil

Genival Veloso de França
Centro de Ciências da Saúde da UFPB
João Pessoa - PB, Brasil

Georg Petroianu
Department of Cellular Biology & Pharmacology Herbert Wertheim College of Medicine
Florida International University
Miami, FL - USA

Gerald Minuk
University of Manitoba, Department of Internal Medicine
Manitoba, CANADA

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Giselia Alves Pontes da Silva
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Henrique Leonardo Guerra
PUC Minas
Belo Horizonte - MG, Brasil

Henrique Neves da Silva Bittencourt
Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine - Universite de Montreal
Montreal - QC, CANADÁ

Jacques Nicoli
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Jair de Jesus Mari
Faculdade de Medicina da UNIFESP
São Paulo - SP, Brasil

João Carlos Pinto Dias
Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ
Belo Horizonte - MG, Brasil

João Carlos Simões
Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)
Curitiba, PR - Brasil

João Galizzi Filho
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

José Carlos Nunes Mota
Departamento de Medicina da UFS
Aracaju, SE - Brasil

José da Rocha Carvalheiro
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
São Paulo, SP - Brasil

Leonor Bezerra Guerra
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Armando Cunha de Marco
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Henrique Perocco Braga
McMaster University, Department of Surgery/Urology
Hamilton, Ontário, Canadá

Manoel Roberto Maciel Trindade
Departamento de Cirurgia da UFRGS
Porto Alegre, RS - Brasil

Marco Antonio de Avila Vitoria
Organização Mundial da Saude - OMS
Genebra, SUIÇA

Marco Antonio Rodrigues
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Maria Inês Boechat
Dept. of Radiological Sciences
David Geffen School of Medicine at UCLA
University of Califórnia
Los Angeles - CA, USA

Mauro Martins Teixeira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mircea Beuran
Clinical Emergency Hospital Bucharest
Bucharest, ROMENIA

Naftale Katz
Fundação Oswaldo Cruz,
Centro de Pesquisas René Rachou
Belo Horizonte - MG, Brasil

Nagy Habib
Imperial College London. Department of Surgery
London, UK

Nicolau Fernandes Kruel
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e UNISUL
Florianópolis. SC - Brasil

Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Orlando da Silva
Department of Paediatrics, UWO
Neonatal Intensive Care Unit
London, Ontario, Canadá

Paulo Roberto Corsi
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP
São Paulo, SP - Brasil

Pedro Albajar Viñas
Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suiça

Pietro Accetta
UFF / Faculdade de Medicina
Niterói - RJ - Brasil

Protásio Lemos da Luz
Universidade de São Paulo - Incor
São Paulo - SP, Brasil

Renato Manuel Natal Jorge
Universidade do Porto
Porto - Portugal

Roberto Marini Ladeira
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horionte - MG, Brasil

Rodrigo Correa de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Laboratório de Imunologia
Belo Horizonte - MG, Brasil

Ruy Garcia Marques
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Sandhi Maria Barreto
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Sérgio Danilo Pena
Instituto de Ciências Biológicas - UFMG
Núcleo de Genética Médica - GENE
Belo Horizonte - MG, Brasil

William Hiatt
Colorado Prevention Center
Denver, Colorado, USA

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
32/S10

EXPEDIENTE

EDITOR GERAL:
Agnaldo Soares Lima (FM/UFMG)

EDITOR ADMINISTRATIVO:
Alan Junio Brito Guimarães (Associação Médica de Minas Gerais)

INSTITUIÇÕES MANTENEDORAS:
Associação Médica de Minas Gerais - AMMG UNIMED - BH

INDEXADA EM:
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
LATINDEX - Sistema Regional de Información em Línea para revistas Científicas da América latina, El Caribe y Portugal.

ISSN:
Versão Impressa: 0103-880X
Versão eletrônica: e-ISSN: 2238-3182

Arquivada em:
Internet Archive
Biblioteca Nacional

Disponível em:
Site: www.rmmg.org
E nos sites da:
Associação Médica de Minas Gerais
Faculdade de Medicina da UFMG
Portal de Periódicos CAPES

Início da Publicação:
v.1, n.1, jul./set. 1991

Periodicidade: Contínua

Normas para publicação, instruções aos autores e submissão de manuscritos estão disponíveis em:
Submissão de Manuscritos (Orientações aos Autores)
Sobre a RMMG (Políticas e Normas de Publicação)

Submissão de artigos:
Sistema de Gestão de Periódicos "Scholar One":
https://mc04.manuscriptcentral.com/rmmg

Correspondências:
Revista Médica de Minas Gerais
Associação Médica de Minas Gerais
Av. João Pinheiro, 161
30130-183 - Belo Horizonte- MG - Brasil
Telefone: 55 - (31) 3247-1612 /
55 - (31) 3247-1680

Diagramação:
Museale - Serviços Gráficos e Culturais
www.museale.com.br

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
32/S10

CURRICULOS DOS AVALIADORES

Alberto Julius Alves Wainstein

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1991), residência em cirurgia no Hospital das Clínicas da UFMG, mestrado em Medicina pela UFMG (1999) e doutorado em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente (2003). Aprovado no USLME estando plenamente qualificado para exercer a medicina nos EUA, onde fez um pos-doutorado no "Karmanos Cancer Institutte", em Michigan, em Imunoterapia de Tumores e outro no "Albert Einstein Cancer Center", em New York em Pesquisa Clínica Oncológica. Atualmente é Professor e orientador da Pos-Graduação em Ciências da Saúde - Area de concentracao Cancerologia. Tem ênfase em Cirurgia Oncologica em vários serviços, atuando principalmente na pesquisa e desenvolvimeto de novos tratamentos para o câncer, melanoma e HIPEC.
Link para o currículo lattes: http://lattes.cnpq.br/5900883832236498

Cristiano Xavier Lima

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Residência Médica em Cirurgia Geral e Trauma, Aperfeiçoamento em Cirurgia Hepatobiliar e Transplante Hepático no Hospital Paul Brouse (França) Mestrado em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutorado em Ciências Biológicas (Fisiologia e Farmacologia) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente é Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG) e Orientador de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia - FMUFMG. Coordenador Adjundo dos Programas de Pós-graduação Acadêmicos da Area de Medica III da CAPES, Membro dos Grupos de Pesquisa do CNPq: Imunofarmacologia (UFMG), Núcleo de Estudo de Patologias Inflamatórias e Infecciosas (NEPii) - UFVJM e Núcleo de Excelência no Estudo de Biomarcadores em Doenças Humanas (NEBiD) ? UFMG. Membro do INCT em Dengue. Atua em pesquisas na área de inflamação em especial hepatopatias agudas, tumores hepatobiliares, lesão de reperfusão e resposta inflamatória microorganismo hospedeiro e transplantes de órgãos.
Link para o currículo lattes: http://lattes.cnpq.br/3949005798006655

Maria Aparecida Braga

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1982), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (2010) e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (2015).
Link para o currículo lattes: http://lattes.cnpq.br/5969281301700960

Sinara Mônica de Oliveira Leite

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1985) e Doutorado em Clínica Médica/ Biomedicina - Santa Casa de Belo Horizonte (2006). Atualmente é professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, como professora de Coloproctologia; faz colonoscopia no serviço de endoscopia - Hospital Biocor e na Coloprocto - clínica de coloproctologia; é revisora da Revista Brasileira de Coloproctologia (Online) , Coloproctologista do Hospital Israel Pinheiro e Assistente Efetiva - Santa Casa de Belo Horizonte. É diretora técnica na Coloprocto onde atua como coloproctologista. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Cirurgia Proctológica, atuando principalmente nos seguintes temas: Colonoscopia; Doenças Inflamatórias Intestinais; Cirurgias coloproctológicas e Laparoscopia. Já certificada em cirurgia robótica.
Link para o currículo lattes: http://lattes.cnpq.br/3311282735107481

Alexandre Varela Gianetti

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - FM / UFMG (1986), Residência Médica em Neurocirurgia no HC / UFMG (1991), Mestrado em Medicina (Neurocirurgia) pela Universidade Federal de São Paulo (1997), Doutorado em Medicina (Cirurgia) pela UFMG (2009) e Pós-doutorado na Columbia University e Weill Cornell em Nova York (EUA, 2013). Fez formação complementar em Neurocirurgia Geral em Strasbourg (França) e Zurich (Suíça) e Neurocirurgia Funcional em Montreal (Canadá) e Houston (EUA). Atualmente é Professor Associado do Departamento de Cirurgia e orientador pleno do programa de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia da FM da UFMG. É médico neurocirurgião do Hospital das Clínicas da UFMG e dos Hospitais Mater Dei, Vila da Serra e Instituto Orizonti. Foi médico neurocirurgião do Hospital João XXIII da FHEMIG por vinte anos. No plano assistencial foi responsável direto por cerca de 5.100 cirurgias desde o término de sua formação neurocirúrgica. No ensino ministrou aulas de Neuroanatomia (ICB / UFMG), Urgência Neurológica (FHEMIG) e Cirurgia Ambulatorial, Neurotraumatologia e Neurocirurgia (FM / UFMG). Foi responsável pela formação de 46 residentes de neurocirurgia, 9 alunos de mestrado, 3 de doutorado e 11 alunos de iniciação científica. Tem como linhas de pesquisa: neurotraumatologia, neuroendoscopia, cirurgia de epilepsia, estereotáxica e de base do crânio. Tem 52 trabalhos publicados em revistas, 18 capítulos de livros, 118 trabalhos apresentados em encontros científicos e 112 palestras e conferências. No plano associativo é membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia onde participou das comissões de Aperfeiçoamento, Exercício Profissional e Ensino. Foi Presidente e Tesoureiro da Sociedade Mineira de Neurocirurgia e diretor Adjunto da Associação Médica de Minas Gerais. É membro internacional da American Association of Neurological Surgeons (AANS), Congress of Neurological Surgery (CNS) e International Federation of Neuroendoscopy (IFNE).

Ana Flávia Passos Ramos

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (2003). Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto, Área de Concentração: Ciências Aplicadas ao Aparelho Digestivo (2013). Atualmente é gastroenterologista e hepatologista titulada pela Federação Brasileira de Gastroenterologia e Sociedade Brasileira de Hepatologia, médica assistente e preceptora na enfermaria de gastroenterologia e hepatologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Coordenadora clínica da equipe de transplante hepático da Santa Casa de Belo Horizonte.

Eduardo Nacur Silva

Possui residencia-medicapela Hospital das Clínicas da UFMG(1991)

Estevão Urbano Silva

Possui graduação em MEDICINA pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (1989). Atualmente é infectologista do Hospital Júlia Kubitscheck - FHEMIG, professor de infectologia da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, professor de infectologia da FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DE MINAS GERAIS, coordenador ccih do HOSPITAL VILA DA SERRA, coordenador ccih do Hospital Madre Teresa, coordenador cti do HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO JOSE e coordenador ccih - Biocor Instituto 20.294.088/0001-. 09. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em INFECTOLOGIA

Joaquim Carlos Martins

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais(1987), residencia-medicapelo Fundação das Pioneiras Sociais/ Hospital Sarah Kubitschek(1990) e residencia-medicapela HOSPITAL FELÍCIO ROCHO(1991). Atualmente é Médico Ginecologista/ Obstetra da HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica, Sócio Titular da Sociedade Mineira de Cirurgia Vídeo Endoscópica e Membro Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Tem experiência na área de Medicina.

João Paulo de Oliveira Guimarães

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1987). Pós-Graduação em Hematologia e Hemoterapia pelo Hospital Felício Rocho (1988-1990). Titulado em Hematologia e Hemoterapia em 2007 pela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Atualmente é Hematologista da Secretaria Estadual de Saúde,

atuando no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, concursado; Coordenador do Serviço de Hematologia e Responsável Técnico da Agência Transfusional do Hospital da Fundação Benjamin Guimarães, Médico da Secretaria Estadual de Defesa Social, divisão de Assuntos Penitenciários e Conselheiro Fiscal da Cooperativa de Médicos, Clínicas e Especialidades. Possui trabalhos publicados em Leucemia Mieloblástica Aguda, Doença de Gaucher, Aplasia de Medula Óssea e Sindrome Mielodisplásica.

Paulo Roberto Repsold

Graduação Bacharelado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1992). Pós-Graduação Especialização Residência Médica em Psiquiatria pelo Instituto Raul Soares da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (1996) e Pós-Graduação Área de Atuação Residência Médica em Psiquiatria Forense pelo Instituto Raul Soares da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (2010). Pós-Graduação Especialização Latu Sensu em Criminologia pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e pela Academia de Polícia Civil da Polícia Civil do Estado de Minas Gerais (2009). É Diretor Tesoureiro Geral da Associação Mineira de Psiquiatria, Médico Psiquiatra da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Tem experiência na área de Medicina, na Especialidade de Psiquiatria Geral, com ênfase na Área de Atuação em Psiquiatria Forense (Perícias Médicas Psiquiátricas na esfera Administrativa, Judicial, Previdenciária e Securitária), atuando nos temas de Psiquiatria Forense. Criador e Coordenador da extinta Central de Perícias Médicas Judiciais do Foro Judicial da Comarca de Contagem do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, tendo nela atuado como Perito Médico Psiquiatra Judicial. Cooperado da Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico LTDA.

Regina de Fátima Barbosa Eto

Graduou-se em 1981 pela UFMG. Residência médica em pediatria. Foi gerente de saúde da Geap de 1997 a 2000. Pós-graduada em dermatologia em 2004, em Auditoria Médica, em 1998, e em Gestão de Saúde pela FGV. Trabalha no Hospital João XXIII desde 1985. Foi diretora técnica entre 2002 e 2006. Atuou como auditora no Hospital Madre Teresa e, no período de 2010 a 2012, foi diretora técnica. Integrou a diretoria do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais nas gestões 1998/2000, 2001/2003 e 2008/2011. Foi diretora de Promoções Culturais na AMMG entre 2008/2011 e 2011/2014, primeira secretária em 2014/2017 e em 2017/2020. É conselheira do CRM MG.

PATROCINADORES

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

RESUMOS

Resumo

ACIDEMIA GLUTÁRICA TIPO II (DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA DE ACETIL-COA DESIDROGENASE): RELATO DE CASO

Lara Fiuza Soares[1], Leonardo Bertolato Ribeiro[1], Leandro Lima da Silva[1], Natálya Gonçalves Pereira[1], Gustavo Guimarães Moreira Balbi[1]

1. Instituição: Serviço de Medicina Interna do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF)
Autor correspondente: Lara Fiuza Soares. E-mail: larafiuzasoares@gmail.com

Introdução: As miopatias representam um desafio diagnóstico e exigem uma abordagem sistematizada. As etiologias se subdividem em inflamatórias, infecciosas, fármaco-induzidas, mitocondriopatias e erros inatos do metabolismo de glicogênio e lipídios, distrofias musculares, entre outras. Descrição do caso: Paciente feminina, 23 anos, sem comorbidades, iniciou mialgia difusa, fraqueza muscular envolvendo as cinturas escapular e pélvica e síndrome consumptiva (25% da massa corporal total em 9 meses), com limitação funcional progressiva e dispnéia. Três anos antes, apresentou episódio semelhante, mas de menor intensidade, autolimitado e com recuperação espontânea. Quanto a história familiar possuía pais não consanguíneos e irmão falecido aos 18 anos por complicações de um provável quadro miopático, iniciado aos 13 anos. Ao exame físico apresentava dispneia MRC 3, marcha de padrão miopático, força muscular grau 3 em trapézios, musculatura cervical e proximal de membros superiores e inferiores, com preservação da força muscular distal, caracterizando miopatia proximal e simétrica. Exames laboratoriais evidenciaram aumento pronunciado de enzimas musculares (AST 2218 U/L, ALT 623 U/L, e CK total 7.563 U/L). Auto-anticorpos (FAN, Anti-Jo1, Anti-Scl 70 e anti-RNP, anti-LKM1) foram negativos e as provas inflamatórias estavam dentro dos limites da normalidade (VHS 1ª hora 20 mm, PCR 2). Sorologias virais (HIV, HBV e HCV) foram negativas. Diagnóstico de sífilis latente tardia foi corroborado por VDRL 1/8 e FTA-Abs reagente, tratado com Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI em 3 doses. Ressonância magnética de membros inferiores demonstrou discreta lipossubstituição muscular proximal. Diante do quadro clínico, aventou-se a hipótese de miopatia causada por uma apresentação atípica de erro inato do metabolismo sendo iniciado tratamento empírico com orientações dietéticas. Houve melhora progressiva do quadro, com posterior resolução dos sintomas e recuperação completa da força muscular em seguimento ambulatorial. Diante do disso foi realizado o aconselhamento genético e identificado variantes patogênicas em heterozigose composta [c.524G>A (p.Arg175His); c.1082A>G (pTyr361Cys)] no gene ETFDH. A análise de segregação dos pais confirmou que as variantes estão em alelos diferentes e fecha o diagnóstico de Acidemia Glutárica Tipo II. Conclusão: As miopatias metabólicas são condições raras e exigem, para o correto diagnóstico, uma abordagem estruturada. O tratamento é predominantemente suportivo, mas capaz de trazer melhora da qualidade de vida e redução de morbimortalidade.

Palavras-chave: Deficiência Múltipla de Acil Coenzima A Desidrogenase. Distúrbios do Metabolismo dos Lipídeos. Rabdomiólise. Fraqueza muscular.

Referências:
Lilleker JB, Keh YS, Roncaroli F, Sharma R, Roberts M. Metabolic myopathies: a practical approach. Pract Neurol. 2018 Feb;18(1):14-26.
Adler M, Shieh PB. Metabolic Myopathies. Semin Neurol. 2015 Aug;35(4):385-97.
Cohen BH. Mitochondrial and Metabolic Myopathies. Continuum (Minneap Minn). 2019 Dec;25(6):1732-1766.
Toscano A, Barca E, Musumeci O. Update on diagnostics of metabolic myopathies. Curr Opin Neurol. 2017 Oct;30(5):553-562.
Xiao C, Astiazaran-Symonds E, Basu S, Kisling M, Scaglia F, Chapman KA, *et al.* Mitochondrial energetic impairment in a patient with late-onset glutaric acidemia Type 2. Am J Med Genet A. 2020 Oct;182(10):2426-2431.
Ali A, Almesmari FSA, Dhahouri NA, Saleh Ali AM, Aldhanhani MAAMA, Vijayan R, *et al.* Clinical, Biochemical, and Genetic Heterogeneity in Glutaric Aciduria Type II Patients. Genes (Basel). 2021 Aug 27;12(9):1334.

Resumo

ACOMETIMENTO GASTROINTESTINAL POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COLITES INFLAMATÓRIAS

Nathália Marçal Tostes[1], Laís Rodrigues Maffia[2], Carolina de Souza Antonieto[3], Gustavo Amaral Silva[4], Maria de Lourdes Abreu Ferrari[5]

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
3. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
4. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
5. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.

Autor correspondente: Nathália Marçal Tostes - ID Lattes: 9575667094297130. E-mail: nathaliamtostes@gmail.com

Introdução: O diagnóstico diferencial de colites de etiologia infecciosa faz-se necessário diante do quadro de colite crônica, principalmente na suspeita de doença inflamatória intestinal. A anamnese bem elaborada, exames complementares direcionados e epidemiologia compatível são parte essencial do arsenal médico nestes casos. Descrição do caso: Paciente masculino, 30 anos, natural e residente de zona rural de Viçosa-MG, avaliado em ambulatório de gastroenterologia terciário referindo diagnóstico recente de doença de Crohn, em uso de azatioprina e prednisona há cerca de um mês. Há 6 meses história de dor abdominal em fossa ilíaca direita, sudorese noturna, diarreia e perda ponderal de 15 kg. Há 2 meses, percepção de nodulações em região cervical. Ao exame destacava-se linfonodomegalia cervical lateral, occiptal, retroauricular e submandibular, de consistência fibroelástica, dolorosa, sem fistulização, acompanhado de lesão única ulcerada em palato mole. Tomografia de abdome/pelve evidenciando espessamento das paredes de ceco e válvula ileocecal com linfonodomegalia mesentérica com necrose central. Colonoscopia revelou pseudotumorações erodidas e hemorrágicas, principalmente em colón ascendente e transverso, com válvula ileocecal e íleo distal sem alterações. Propedêutica laboratorial dentro da normalidade: sorologia para HIV, hepatites virais e VDRL não reagentes, e imunoglobulinas séricas (IgA, IgG e IgM) normais. Para pesquisa etiológica, realizou-se biopsia excisional de linfonodo cervical e biopsias da lesão ulcerada em palato e do trato gastro-intestinal. A histologia de todas as peças foi compatível com paracoccidioidomicose. Conclusão: Na investigação dos quadros de colite crônica etiologias como paracoccidioidomicose, tuberculose e histoplasmose devem ser aventadas, fazendo importante diagnóstico diferencial com quadros de doença inflamatória intestinal. O caso clínico descreve uma forma menos frequente, porém não rara, de apresentação da paracoccidioidomicose com acometimento de trato gastro-intestinal associado a síndrome consumptiva e linfonodomegalia generalizada.

Palavras chave: Colite. Paracoccidioidomicose. Linfonodos.

Referências:
Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Telles FQ, Kono A, Paniago AMM, *et al.* II Consenso Brasileiro em Paracoccidioidomicose - 2017. Epidemiol. Serv. Saúde. 2018; 27(núm. Esp.): e0500001.
Gecse KB, Vermeire S. Differential diagnosis of inflammatory bowel disease: imitations and complications. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018 Sep;3(9):644-653.
Keuchel M, Kurniawan N, Baltes P. Small bowel ulcers: when is it not inflammatory bowel disease?. Curr Opin Gastroenterol. 2019 May;35(3):213-222.
Schofield JB, Haboubi N. Histopathological Mimics of Inflammatory Bowel Disease. Inflamm Bowel Dis. 2020 Jun 18;26(7):994-1009.

Resumo

ANGIOPLASTIA DE EMERGÊNCIA EM ARTÉRIA PULMONAR ÚNICA POR COMPRESSÃO EXTRÍNSECA TUMORAL COM STENT AUTOEXPANSÍVEL

Ricardo Yukio Okawa[1], Juliano Nogueira[2], Paulo de Tarso Grossi[3], Lucas Fragoso[4], Raissa Bueno Santa Bárbara[5], Luciana Aparecida de Lourdes[5], Gabriel Matias[6]

1- Hospital e Maternidade Santa Mônica – Grupo Notre Dame Intermédica; Universidade Federal de Minas Gerais
2- Hospital e Maternidade Santa Mônica – Grupo Notre Dame Intermédica
3- Hospital e Maternidade Santa Mônica – Grupo Notre Dame Intermédica
4- Hospital e Maternidade Santa Mônica – Grupo Notre Dame Intermédica
5- Hospital e Maternidade Santa Mônica – Grupo Notre Dame Intermédica
6- Hospital e Maternidade Santa Mônica – Grupo Notre Dame Intermédica

Instituição: Hospital e Maternidade Santa Mônica – Grupo Notre Dame Intermédica Minas – Divinópolis – Minas Gerais

Autor correspondente: Ricardo Yukio Okawa. E-mail: ricardookawa@hotmail.com

RESUMO

Apesar dos avanços na terapia medicamentosa, a hipertensão pulmonar, particularmente a hipertensão arterial (HAP), continua sendo uma doença fatal. Insuficiência cardíaca direita (IRC) intratável por HAP eventualmente ocorre e continua sendo uma causa significativa de morte nesses pacientes. Intervenções cirúrgicas abertas e endovasculares (angioplastias com balão) são descritas[1,2] principalmente nas doenças tromboembólicas crônicas que cursam com hipertensão pulmonar. Mas raras são os relatos de terapias de sucesso em casos agudos de hipertensão pulmonar em pacientes oncológicos [4] com compressão extrínseca da artéria por massa tumoral , geralmente com pneumectomia contralateral e prognóstico reservado.

Palavras-chave: Angioplastia. Artéria Pulmonar. Tumor Pulmonar, Pneumectomia. Hipertensão Pulmonar.

ABSTRACT

Despite advances in drug therapy, pulmonary hypertension, particularly arterial hypertension (PAH), remains a fatal disease. PAH-intractable right heart failure eventually occurs and remains a significant cause of death in these patients. Open and endovascular surgical interventions (balloon angioplasties) are described mainly in chronic thromboembolic diseases that course with pulmonary hypertension. But rare are the reports of successful therapies in acute cases of pulmonary hypertension in cancer patients with extrinsic compression of the artery by a tumor mass, usually with contralateral pneumonectomy and poor prognosis.

Keywords: Angioplasty. Pulmonary Artery. Pulmonary Tumor. Pneumectomy. Pulmonary Hypertension.

MATERIAL E MÉTODO: Paciente JAR, 35 anos, ex tabagista, ex dependente químico, carcinoma de células escamosas de pulmão diagnosticado há 1 ano sendo submetido a quimioterapia seguido de pneumectomia total a esquerda em outubro 2021. Realizado PET-CT em março de 2022 evidenciando recidiva de tumor em região óssea e mediastinal. Admitido no pronto atendimento do Hospital Santa Mônica – GNDI de Divinópolis em abril de 2022 com quadro de dispneia e dessaturação, sem quadro infeccioso associado. Realizado angio tomografia de tórax que descartou tromboembolismo pulmonar mas evidenciou compressão extrínseca da artéria pulmonar direita por massa tumoral. Encaminhado a UTI onde necessitou de ventilação mecânica com parâmetros ventilatórios elevados, ecocardiograma da chegada evidenciando hipertensão pulmonar importante, PSAP 57mmHg, aumento importante de átrio e ventrículo direito e leve disfunção dos mesmos. Evoluiu com taquiarritmias sendo necessário cardioversão química e elétrica , com rápida descompensação dos parâmetros e solicitada avaliação do Serviço de Cirurgia Vascular. - Planejamento: Realizada reconstrução da angiotomografia em 3D MIP-MPR (HOROS ® PROGRAM) com evidência de estenose proximal de artéria pulmonar direita única (diâmetro local de 4,2 mm) , extensão de 4,8mm, diâmetro distal de 17mm e proximal (logo na emergência em tronco pulmonar) de 19mm. Devido ao risco de oclusão ,mesmo que temporária , da artéria pulmonar única , descartou-se o uso de balão para angioplastia local. Iniciou-se pesquisa de stents autoexpansíveis com elevada força radial , células abertas e disposição geométrica das células de forma a aplicar o máximo de expansão no ponto médio do stent , sem possibilidade de pós balonamento ou reposicionamento. - Execução: Acesso ecoguiado em ambas as veias femorais com introdutor 14 F à direita e 6 F à esquerda (para controle angiográfico simultâneo). Introduzido fio hidrofíco teflonado standard sobre cateter J1 no trajeto veia CAVA , átrio direito, valva tricúspide, ventrículo direito ,tronco pulmonar, artéria pulmonar Direita e realizada angiografia de posicionamento. Trocado fio guia por fio amplatzer (stiff) neste mesmo posicionamento , protegido por cateter. Optou-se pelo uso de stent auto expansível SIOXX XL ®18 x 7 (Scitech Medical ®) de fabricação nacional , com elevada força radial. Procedeu-se a subida cuidadosa do stent por todo trajeto , com cuidado especial intra cardíaco , com posicionamento exato envolvendo a lesão em seu ponto médio , com posterior liberação rápida e precisa do mesmo. Observada expansão imediata do ponto de estenose de 4,2 mm para 11,3 mm (aumento de 260% do calibre) com fixação firma nas extremidades dos stent e melhora visível angiográfica da perfusão de ramos pulmonares secundários, repercutindo nos parâmetros gerais do paciente de forma imediata. RESULTADOS : Paciente apresentou quadro de hipertensão pulmonar sugestiva de quadro de congestão , compatível à síndrome de reperfusão[3] , com boa resposta à terapia diurética . Evoluiu rápida e progressivamente ao desmame de drogas vasoativas , retirada de sedação induzida e baixa de FIO2 até extubação. DISCUSSÃO: O uso de stents auto expansíveis (comumente usados em patologias compressivas venosas periféricas) , com elevada força radial , podem ser uma alternativa salvadora e com planejamento e execução precisa multidisciplinar envolvendo cirurgião endovascular , cirurgião torácico, intensivista , oncologista e anestesiologista se tornar uma realidade na cirurgia Oncovascular.

Referências

Dan K, Shionoda A, Matsubara H. Systematic Staged Percutaneous Balloon Pulmonary Angioplasty in Severe Inoperable Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. Arq Bras Cardiol. 2021 Feb;116(2 suppl 1):21-24.

Sepúlveda P, Ortega J, Armijo G, Torres J, Ramírez P, Backhouse C, *et al.* [Balloon pulmonary angioplasty for the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension]. Rev Med Chil. 2019 Apr;147(4):426-436.

Potenciano MB, Borregas SP, Soto AM, Bayon JMV, Barri AC. [Pulmonary reperfusion syndrome after pulmonary **stent** implants in a patient with vascular tortuosity syndrome]. An Pediatr (Barc). 2015 Jan;82(1):e17-20.

Vawdrey DB, Fitzsimmons S, Veldtman GR, Carpenter J-P. Therapeutic pulmonary artery stenting for metastatic bronchial carcinoid. BMJ Case Rep. 2013 Sep 24;2013:bcr2013201123.

Resumo

ANGIOPLASTIA FEMORAL RETRÓGRADA POR PUNÇÃO EM ARTÉRIA POPLÍTEA GUIADA POR ULTRASSOM: RELATO DE CASO

Emerson Alves Silva Júnior[1], Ana Luiza Oliveira Camiscasca Souza[1], Isabela Pela Freire[1], Isabella Greco Queiroz Laredo[1], Lara Amanda Silva Amaral[1], Ricardo Yukio Okawa[2].

[1] Universidade de Itaúna
[2] Universidade Federal de Minas Gerais

Autor correspondente: Ricardo Yukio Okawa. E-mail: ricardookawa@hotmail.com

Introdução: A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) resulta de manifestações da doença aterosclerótica nos leitos vasculares, em que ocorre o estreitamento ou obstrução dos vasos, promovendo prejuízo ao fluxo sanguíneo normal em direção aos membros superiores e inferiores, que leva a isquemia dos tecidos. Esta doença afeta cerca de 10 a 25% da população acima de 55 anos. A DAOP possui difícil diagnóstico, visto que 70 a 80% dos pacientes acometidos se apresentam assintomáticos. Por fim, somente a minoria dos casos necessita de tratamento cirúrgico. Descrição do caso: Paciente masculino com quadro de oclusão de artéria femoral superficial direita por placas heterogêneas com instabilidade de parede de Artéria Femoral Comum apresentava dor de repouso e índice tornozelo-braquial (ITB) <0,4 (critério Wifi com alto risco de amputação e alto benefício de revascularização) com critério Glass I p II favorável a tratamento endovascular. A presença de placas na artéria femoral comum ipsilateral impedia o acesso anterógrado e a punção contralateral dificultaria o cruzamento da lesão devido à distância, com perda de torque no fio guia. Optou-se então por acesso retrógrado, ipsilateral, via artéria poplítea, ecoguiada. Realizou punção com introdutor 5F e passou o fio hidrofílico standard teflonado 150 sob cateter VERT com cruzamento da lesão, posicionando-se a extremidade em porção distal de artéria ilíaca externa (trajeto ascendente). Foi feito a angioplastia com balão 6cmx100mm em toda artéria femoral superficial e liberou o stent auto expansível 6cmx80mm na área de maior "recoil" com sucesso angiográfico no resultado. Paciente saiu de sala com fluxo distal trifásico, recebendo alta hospitalar com 24 horas em uso de dupla antiagregação e remissão total de sintomas. Conclusão: Por se tratar de um caso grave e complexo, preferiu-se pelo acesso retrógrado ecoguiado em lesões de artéria femoral superficial, que se apresentou como alternativa segura e de grande sucesso terapêutico devido ao melhor torque e precisão no cruzamento de placas.

Palavras-chave: Cirurgia Endovascular. Angioplastia. DAOP. Doença aterosclerótica.

REFERÊNCIA:
1. Mota TC, Santos JDM, Silva BJC, Mesquita NMCB, Oliveira DM. Doença arterial obstrutiva periférica: revisão integrativa. Revista Uningá. 2017; 53(1).

Resumo

ANGIOSSARCOMA PRIMÁRIO DE ARTÉRIA PULMONAR MIMETIZANDO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Camila Brugger Silva[1], Luiz Paulo Arreguy Nogueira[2]

1- Hospital Felício Rocho
2- Hospital Felício Rocho

Autor correspondente: Camila Brugger Silva. E-mail: camilabrugger@yahoo.com.br

O angiossarcoma primário de artéria pulmonar (SPAP) é um tumor raro, de mau prognóstico e comumente confundido com TEP. Mulher 39 anos apresentou em 08/2020 dor torácica e dispneia. Realizou angioTC que identificou falha de enchimento na artéria pulmonar e em ramos lobares à direita, iniciando tratamento para TEP. Devido à persistência dos sintomas e progressão dos achados radiológicos, com acometimento de ambas as artérias pulmonares, suspeitou-se a princípio de TEP crônico agudizado e posteriormente de SPAP. Devido à piora funcional e evolução com sinais de HAP em manometria cardíaca, foi procedida trombólise local, sem sucesso. Em 04/2021 foi submetida a tromboendarterectomia, que identificou massa amorfa nas artérias pulmonares, com exames histopatológico e imunohistoquimico consistentes com sarcoma intra-arterial pulmonar. Em exame de controle de 05/2021 não foram visibilizadas alterações nas aa. pulmonares, persistindo as falhas de enchimento em ramos arteriais distais, configurando provável lesão residual. Recebeu QT adjuvante, porém em estudo de 08/2021 evoluiu com nódulo irregular paramediastinal em LID, suspeito para implante secundário. Houve aumento do nódulo em exame de controle de 09/2021. Atualmente mantém estabilidade clínica e acompanhamento oncológico, sem proposta de novas abordagens. O SPAP tem incidência de cerca de 0,001% a 0,030% e sobrevida média de 12 meses em caso de tratamento cirúrgico. Apresenta sintomas inespecíficos, como dispneia, dor torácica e tosse. Tem diagnóstico por vezes tardio, devido à baixa suspeição clínica e por ser amplamente confundido com TEP, em virtude da semelhança clínica e radiológica entre essas condições. Os exames iniciais para sua detecção são a TC com contraste e a angioTC. Os principais achados que o distinguem do TEP são o realce da lesão pelo contraste e a extensão extraluminal da falha de enchimento. A RM é realizada nos casos de dúvida diagnóstica, sendo o realce da lesão mais evidente em sequências fat sat e na subtração digital. No PET/CT observa-se avidez da lesão pelo radiofármaco. O diagnóstico definitivo é advindo de exames histopatológico/IHQ. A abordagem de escolha atual é a exérese cirúrgica do tumor, enquanto o tratamento com QT e/ou RT é controverso. A detecção precoce e o tratamento oportuno podem aumentar a sobrevida e reduzir o risco de metástases à distância. Portanto, é de suma importância que radiologistas reconheçam os aspectos de imagem do SPAP e os achados atípicos para TEP.

Palavras-chave: Angiossarcoma de artéria pulmonar. Tromboembolismo pulmonar. Angiotomografia computadorizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Price LC, Seckl MJ, Dorfmüller P, Wort SJ. Tumoral pulmonary hypertension. Eur Respir Rev. 2019 Feb 6;28(151):180065.
2. Grafino M, Alves P, Almeida MM, Garrido P, Hasmucrai D, Teixeira E, *et al.* Angiossarcoma pulmonar. J Bras Pneumol. 2016;42(1):68–70.
3. Bai X, Ruan L. A case report of primary pulmonary artery intimal sarcoma. Eur J Med Res. 2021;26(1):89.
4. Virarkar M, Tayyab S, Thampy R, Bhosale P, Viswanathan C. Primary pulmonary angiosarcoma: case reports and review of the literature. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2019 Jun;27(5):347–52.
5. Bandyopadhyay D, Panchabhai TS, Bajaj NS, Patil PD, Bunte MC. Primary pulmonary artery sarcoma: a close associate of pulmonary embolism—20-year observational analysis. J Thorac Dis. 2016;8(9):2592-2601.
6. Ropp AM, Burke AP, Kligerman SJ, Leb JS, Frazier AA. Intimal Sarcoma of the Great Vessels. RadioGraphics. 2021;41(2):361–79.
7. Nirattisaikul S, Dechaphunkul A, Hongsakul K. Angiosarcoma of the pulmonary artery mimicking pulmonary thromboembolism. SA J Radiol. 2021;25(1):2150.
8. Ma J, Zhang W, Huang Y, Wang L, Wang J, Yuan L, *et al.* Radiologic findings of primary pulmonary angiosarcoma: A case report. Medicine (Baltimore). 2018;97(25):e11105.

Resumo

ARTERIOPLASTIA COM ENDARTERECTOMIA DE ARTÉRIA FEMORAL COMUM E PROFUNDOPLASTIA EM ESTENOSE CRITICA

Ricardo Yukio Okawa[1], Gabriel Oliveira Neuenschwander[2], João Pedro Couto Oliveira[2], Gabriel Melo Guimarães[2], Paulo Henrique Lobato Pires[2], Caio William Machado[2]

1 HSM-GNDI; Universidade Federal de Minas Gerais
2 Universidade de Itaúna

Autor correspondente: Ricardo Yukio Okawa. E-mail: ricardookawa@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Sabe-se que a Doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) tem como principal causa a arteriosclerose que, de forma evolutiva, provoca obstrução das artérias causando uma diminuição o fluxo sanguíneo. Ao fazer o diagnostico de obstrução em artéria de algum membro, pode-se deduzir que outras artérias do corpo também estarão estenosadas, como artérias do coração e cérebro, indicando que pacientes com DAOP possuem risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares aumentadas. RELATO DE CASO: Paciente de 59 anos, tabagista, obeso com dor subida de repouso, pior na panturrilha associada a frialdade e cianose do pé. Realizada avaliação vascular com ITB de 0,3 e ausência de pulsos palpáveis na AFC, poplíteo e distais a direita. Em seguida foi realizado ecografia vascular com evidencia de placas calcificadas em AFCD e fluxo monofásico em segmento Femoro poplíteo tibial . Posteriormente realizou-se arteriografia mais aortografia com evidências de placas calcificadas, heterogêneas e com trombose mural associada em arteria femoral comum Direita causando estenose >80%, com enchimento lento distal. Devido à localização (área de dobra) característica da placa (calcificação , heterogenicidade) classificou a lesão como GLASS III contra indicando tratamento endovascular e optando-se por tratamento aberto. O procedimento cirúrgico proposto foi sob raquianestesia fazer a dissecção de arteria femoral comum , superficial e profunda, reparo de todas com cadarço "vessel loop", heparinização sistêmica e clampeamento. Assim foi feita a arteriotomia, seguida da endarterectomia AFCD com retirada de extensa placa calcificada mais a profundoplastia, finalizando com a arterioplastia de AFCD com prolene 6.0. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Após a realização do procedimento, foi percebida a perfusão imediata do membro com fluxo bifásico distal imediato ao doppler. Já no pós operatório paciente permaneceu 12 horas no cti e teve alta 24 horas após o procedimento, deambulando, em uso de dupla antiagregação plaquetaria. CONCLUSÃO: A arterioplastia com endarterectomia de artéria femoral comum e profundoplastia em estenose critica se mostrou uma alternativa muito valida em casos críticos de doença arterial obstrutiva periférica, gerando um resultado imediato para o paciente.

Palavras-chave: Doença Arterial Obstrutiva Periférica. Artéria Femoral. Desobstrução.

REFERÊNCIAS

Savino Neto S, Nascimento JLM. Doença arterial obstrutiva periférica - novas perspectivas de fatores de risco. Revista Paraense de Medicina. 2007; 21(2).

Presti C, Miranda Jr F. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA OBSTRUTIVA DE MEMBROS INFERIORES DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. 2015.

Resumo

CÂNCER DE CÓLON COM INVASÃO DO URETER: SOBREVIDA DE DOZE ANOS E PRESERVAÇÃO RENAL APÓS SUBSTITUTO URETERAL COM 3 TUBOS JEJUNAIS À MONTI

Juliano Alves Figueiredo[1], Jeroen Adriano Nyssen[2], Mateus Saraiva Maciel[2], Iago Augusto Cruz Ferreira[2], Raphael Eltink Trad Coutinho[2]

1 Universidade Federal de Minas Gerais
2 Universidade Federal de Minas Gerais
Auto correspondente: Juliano Alves Figueiredo - ID lattes: 9699588870663088.
E-mail: jfig.ufmg@gmail.com

Introdução: O tumor de sigmoide com invasão de órgão adjacente é sempre um desafio para o especialista. Dentre os pacientes submetidos à ressecção extensa de tumor pélvico com estadiamento T4b, o envolvimento ureteral é de cerca 24,6%, de forma que o conhecimento das seguintes técnicas de reconstrução se faz necessário: bexiga psóica, Flap de Boari, uretero-uretero anastomose, reimplante ureteral e tubo jejunal à Monti. Desse modo, apresenta-se relato raro de uma paciente com reconstrução do trato urinário com três tubos jejunais à Monti. Descrição do caso: Paciente feminino, 53 anos, com adenocarcinoma de sigmoide ulcerado infiltrativo semioclusivo. Foi submetida a colectomia total por diagnóstico de segunda lesão maligna do colón e ressecção de ureter, ovário e trompa à esquerda. Preservou-se somente 4 cm proximais do ureter. O trânsito intestinal foi reconstruído com anastomose íleo-retal e confeccionou-se ileostomia protetora na fossa ilíaca à direita. O ureter esquerdo ficou ligado primariamente e o rim esquerdo ficou excluído durante 19 dias. Optou-se por não se realizar nefrostomia ou nefrectomia nesse tempo operatório. O estadiamento clínico oncológico foi ECII T4N0M0. No 19º DPO a paciente foi submetida a fechamento da ileostomia e reconstrução do ureter esquerdo com três tubos ileais pela técnica de Monti, um segmento de 21 cm (3 tubos com 7cm de extensão cada um). Anastomose da bexiga foi feita com a técnica de tunelização de Lich-Gregoir. Posicionado duplo J à esquerda, fez quimioterapia adjuvante com 5-Fluoracil e Leucovorim com boa tolerância. A paciente encontra-se bem clinicamente após seguimento de 12 anos, com discreta ectasia do ureter esquerdo com função renal preservada.Conclusão: A opção pela técnica de Monti, neste relato, possibilitou reconstrução de segmento ureteral extenso e consequente preservação de uma unidade renal, ao passo que a nefrostomia não contava com consentimento prévio da paciente e ampliaria as complicações em potencial e a repercussão na qualidade de vida. A nefrectomia, neste caso, poderia induzir complicações a curto prazo durante a quimioterapia adjuvante, e no longo prazo, aumentando o risco relativo do desenvolvimento de doença renal. Esta paciente conseguiu uma sobrevida muito extensa e com função renal preservada justificando esta publicação.

Palavras-chave: Câncer colorretal. Reconstrução ureteral. Técnica de Monti.

Referências Bibliográficas

Lamas DO, Salim MM, Faion AG, Almeida CFS, Santos EC, Pianetti DC. Reconstrução Ureteral com a Técnica de Monti após Ressecção Extensa de Tumor Colorretal: Relato de Caso. Urominas. 2015;2:67-69.

Ali-El-Dein B, El-Hefnawy AS, D' Elia G, El-Mekresh MM, Shokeir AA, Gad H, Bazeed MA. Long-term Outcome of Yang-Monti Ileal Replacement of the Ureter: A Technique Suitable for Mild, Moderate Loss of Kidney Function and Solitary Kidney. Urology. 2021 Jun;152:153-159.

Maigaard T, Kirkeby HJ. Yang-Monti ileal ureter reconstruction. Scand J Urol. 2015;49(4):313-8.

Resumo

CASO CLÍNICO DE PARKINSON COM SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS POR HOMEPÁTICOS

Isabel de Oliveira Horta .

Universidade Federal de Minas Gerais

Autor correspondente: Isabel de Oliveira Horta. E-mail: isabeloh@gmail.com

DESCRIÇÃO
-Este caso clínico foi tratado com associação de medicamentos homeopáticos e alopáticos. O paciente tem Parkinson há 9 anos e usava Prolopa e Entacapone 6x ao dia e Pramipexol 5x ao dia. Os homeopáticos utilizados foram o Medicamento Constitucional, o Organoterápico homeopático (Substância Negra de Animal Sadio (OSNAS)-feitos a partir de órgãos saudáveis de ovelhas ou porco e o OT de Soro Sadio, anti-inflamatório para diminuir a piora de comorbidades induzidas pela covid ou pela vacinação covid. O processo da coleta de órgãos teve a supervisão da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária. As matrizes são isentas de registro através do Decreto No 79.094, de 5 de janeiro de 1977. Planilhas de ajuste simultâneo de doses homeopáticas e alopáticas, instrumento clínico que simula com precisão a dosagem laboratorial das suas meias vidas foram utilizadas (1). A observação de pioras nos seus scores clínicos de zero a 4, justificou a mudança do critério de meia vida para vida total do medicamento e as melhoras foram visíveis. Quarenta e um pacientes que a utilizaram mostraram (2) uma média de porcentagem de melhora nos sintomas da Doença de Parkinson Idiopática de 91% [(CI 95%) (60%–98%)] casos publicados em livro (3).
Videos evolutivos:
Critério da meia vida dos medicamentos
1-Antes do tratamento homeopático - Levodopa e Entacapone 6x e Pramipexol 5x ao dia -Melhor Score 3,5 https://www.youtube.com/shorts/Jc83DQaodVk
2- Antes da 1ª consulta: Levodopa e Entacapone 5x e Pramipexol 4x ao dia https://youtu.be/89wn5mLmq_4 Melhor score 1,5.
Criterio perda total da dose: 3-30 dias após a 1ª consulta e 1ª dose única do (MC + OSNAS + SSadio) CH6 -Melhor score 1,5. Video - -em uso de 33% menos alopáticos https://youtu.be/TYaNb1mOCNw
4- 30 dias após a 4ª consulta e 1ª dose única do (MC + OSNAS + SSadio) CH9 -Melhor score na planilha=0
Video - em uso de 50% menos alopáticos. . https://youtu.be/c3yk1PsCZFU-
CONCLUSÃO: Houve melhora na média dos scores de zero-4 do paciente de antes do tratamento homeopático, da média de scores 2 IC 95% [(0,87-2,13)] para o score 0,5 IC95% [(0,44-1,14),] após 4 consultas de tratamento homeopático associado ao alopático e com 50% de diminuição dos alopáticos.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Organoterapia e Doença de Parkinson. Controle de Efeitos adversos de medicamentos alopáticos e homeopáticos.

Bibliografia
1- Greenblatt DJ. Elimination Half-Life of Drugs: Value and Limitations . Annu Rev Med. 1985; 36: 421-427.
2- Horta IO, Cunha PS. Parkinson Disease treated with Constitutional Medicine and Brain´s organotherapics: a forty-one (41) patients report. International Journal of Innovative Science and Research Technology. 2021; 6(5):1310-1317
3- Horta I. Doenças Neurológicas graves-36 casos. Videos evolutivos. Seattle, Washington: Independently Published; 2021.

Resumo

CASO CLÍNICO: RAQUITISMO HIPOFOSFATÊMICO LIGADO AO X (HLX)

Jáderson Mateus Vilela Antunes[1]

[1] Hospital Infantil São Camilo Unimed
Autor correspondente: Jáderson Mateus Vilela Antunes - ID Lattes: 1909859676902267. E-mail: jad_antunes@yahoo.com.br

Introdução - O raquitismo é uma doença caracterizada pela deficiência da mineralização óssea com repercussões primariamente esqueléticas. A causa de raquitismo mais prevalente da infância é a deficiência de vitamina D, caracterizada pela calciopenia. Entretanto, o raquitismo também pode ser causado por distúrbios que levam a perda renal de fósforo. Descrição do caso: Paciente A.S.R.G., 9 anos, nascida a termo, eutrófica. Desde primeiros anos de vida evoluiu com aparecimento de deformidades esqueléticas de membros. Encaminhada para avaliação endocrinológica após realização de 5 procedimentos cirúrgicos para correção de deformidades, sem sucesso. À anamnese, família informou casos semelhantes na mãe e avó da paciente. Histórico de vários procedimentos dentários. Ao exame físico, notado deformidades importantes membros superiores e inferiores. Revisão laboratorial: 25OHvitD 43,9ng/mL (>20) / 1,25OHvitD 48,5 pg /mL (19,9 – 79,3) / PTH 38 pg/mL (18,5 – 88) / Albumina 5,0 / Fosfatase alcalina 452 U/L (82 – 396) / Cálcio total 9,8 mg/dL / Cálcio iônico 1,25 mmol/L (1,20-1,35) / Fósforo 2,9 mg/dL (4,0 – 5,7) / Magnésio 2,1 / Creatinina 0,4 mg/dL / Uréia 32,7 mg/dL / Urina (amostra única): Fósforo 95 mg/dL / Cálcio 3,3 mg/dL / Creatinina 104,2 mg/dL / Relação cálcio / creatinina 0,03 (0,01-0,33) / Taxa máxima de reabsorção de fósforo corrigida pela taxa de filtração glomerular (TmP/GFR) = 0,29 (VR 3,8 – 5,0) / Cariótipo 46XX. Após propedêutica inicial, evidenciado perda renal de fósforo. Solicitado teste genético que confirmou diagnóstico de raquitismo hipofosfatêmico ligado ao X (HLX). Conclusão - O HLX é a causa genética mais frequente para o raquitismo hipofosfatêmico. Tem transmissão de caráter dominante ligada ao cromossomo X. É uma doença progressivamente debilitante e deformante. Pode levar a graus variados de deformidades dos membros superiores e inferiores, associadas à dor crônica, fraqueza muscular, muitas vezes incapacitante, e tendência a abscessos dentários. Este quadro pode levar a comprometimento grave do crescimento, da deambulação, necessidade de procedimentos cirúrgicos ortopédicos para correção das deformidades e redução importante da qualidade de vida do indivíduo. Recentemente, foi aprovado pela Anvisa o tratamento específico com Burosumabe, que é um anticorpo monoclonal que reduz a perda renal de fosfato. Apesar de raro, é importante pensar no raquitismo hipofosfatêmico como diagnóstico diferencial no raquitismo durante a infância.

Palavras-chave: Raquitismo. Hipofosfatêmico. Burosumame.

Referências:
1. Carpenter TO, Shaw NJ, Portale AA, Ward LM, Abrams SA, Pettifor JM. Rickets. Nat Rev Dis Primers. 2017 Dec 21;3(1):17101.
2. Chan JCM, Roth KS. Hypophosphatemic Rickets. Medscape. Pediatrics: General Medicine. 2020 Apr 22.
3. Carpenter TO, Whyte MP, Imel EA, Boot AM, Högler W, Linglart A, *et al.* Burosumab Therapy in Children with XLinked Hypophosphatemia. N Engl J Med. 2018 May 24;378(21):1987–98.

Resumo

CIRURGIA DE STARNES E CONFECÇÃO DE BLALOCK-TAUSSIG EM NEONATO COM ATRESIA PULMONAR E SEPTO INTERVENTRICULAR ÍNTEGRO

Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz[1], Amanda Cipriano Torquato[2], Anna Luiza Fontes Mendes[3], Matheus Daniel Faleiro[4].

1 Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. gabrielazlruiz@gmail.com
2 Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Brasil.
3 Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
4 Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Autor Correspondente: Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz. E-mail: gabrielazlruiz@gmail.com

Introdução: A cirurgia de Starnes, ou exclusão do ventrículo direito (VD), aliada à confecção de Blalock-Taussig, é um tratamento ratificado pela literatura para anomalia de Ebstein. Porém, nos últimos anos, iniciou-se a indicação da mesma técnica para correção cirúrgica de neonatos apresentando atresia pulmonar com septo interventricular íntegro (AP/SIV), aliada à disfunção da valva tricúspide (VT), principalmente com aumento exacerbado de átrio direito (AD) e hipertrofia de VD. Essa aplicação pôde e tem modificado o prognóstico da cardiopatia congênita em questão. Descrição do caso: Paciente feminino, nascida com 36 semanas por cesárea, 2535 gramas, diagnóstico de cardiopatia congênita complexa em ecocardiografia (ECO) fetal. Ao exame físico, em ventilação mecânica, apresentava frequências cardíaca de 183 bpm, respiratória de 36 irpm, saturação 86%, pressão arterial não invasiva 72x34 mmHg. Exame respiratório demonstrou restrição pulmonar por cardiomegalia.Apresentou ritmo cardíaco regular em 2 tempos, B2 única, sopro holossistólico V/VI em borda esternal esquerda, sopro contínuo em região infraclavicular e axilar esquerda grau III, pulsos centrais e periféricos cheios e simétricos, tempo de enchimento capilar 3 segundos. ECO no 2º dia de vida diagnosticou-a com AP/SIV, regurgitação maciça de VT, AD gigante, redução de câmaras cardíacas esquerdas e hipertrofia de VD, forame oval patente (FOP) e persistência do canal arterial (PCA). Descompensou no 4º dia de vida, iniciou-se uso de dobutamina e prostaglandina. Realizada abordagem cirúrgica no 7º dia de vida, por meio de esternotomia mediana e uso de circulação extracorpórea convencional, utilizando técnica de Starnes:fechamento do ânulo tricúspide com "patch" fenestrado abaixo do seio coronário, plicatura do tecido atrial redundante, septectomia atrial; e confecção de Blalock-Taussig, além de marcapasso bicameral.Intercorrências no pós-operatório incluíram taquicardia ectópica juncional, trombos em veia cava inferior e átrio direito, equivalente convulsivo, todas resolvidas. Paciente recebeu alta hospitalar após 63 dias da cirurgia. Conclusão: O uso das técnicas descritas demonstraram ser adequadas para casos onde há insuficiência cardíaca direita, hipertrofia de VD impossibilitando substituição de VT e AP/SIV, além de atenuar a dependência do shunt sistêmico-pulmonar por canal arterial.

Palavras-chave: Cirurgia de Starnes. Blalock-Taussig. Atresia pulmonar. Septo interventricular íntegro.

Referências bibliográficas:
Yang J-H, Jun T-G, Park PW, Sung K, Kim WS, Lee YT, *et al.* Exclusion of the non-functioning right ventricle in children with pulmonary atresia and intact ventricular septum. Eur J Cardiothoracic Surg. 2008;33(2):251–256.
Menon S, Kumar CJA, Mathew T, Venkateshwarn S, Jayakumar K, Dharan BS. Double Outlet Right Ventricle With Intact Ventricular Septum: Avulsion or Exclusion. World J Pediatr Congenit Heart Surg. 2016;7(2):220–222.
Arevalo AR, Boston US, Goldberg SP, Becker JA, Knott-Craig CJ. Starnes procedure in a neonate with pulmonary atresia and intact ventricular septum. Ann Thorac Surg. 2012;93(5):1703–1704.
Lee C, Kim KM, Lee JY, Yoon J. Tricuspid atresia with absent pulmonary valve and intact ventricular septum: successful bidirectional cavopulmonary anastomosis with complete exclusion of the right ventricle. Cardiol Young. 2020; 30(1):126-128.

Resumo

COVID-19 COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Denilson Procopio de Castro[1], Camila Caetano de Paula Miranda Valladares[1], Bruna Pimenta Valente[2], Mariana Mesquita Zschaber[1], Gabriel Martins Cruz Campos[3]

1 Maternidade e Hospital Octaviano Neves. email: denilson.med@hotmail.com
2 Maternidade e Hospital Octaviano Neves.
3 Maternidade e Hospital Octaviano Neves.

Autor correspondente: Denilson Procopio de Castro. E-mail: denilson.med@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Gestantes com COVID-19 podem ser assintomáticas ou sintomáti cas. As que desenvolvem sintomas, apresentam maior risco de desenvolver se quelas graves quando comparadas as não grávidas. Evidências sugerem que a gestação não aumenta a suscetibilidade à infecção por SARCoV-2, mas parece piorar o curso clínico, aumentando os riscos de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e ventilação mecânica. RELATO: R.B.P, 40 anos, 3ª ges tação (um parto normal e um abortamento prévios), idade gestacional (IG) 16 semanas, admitida com queixa de dispneia, tosse, dor torácica, febre e RT-PCR- COVID-19 positivo 3 dias anteriores à admissão. Ao exame: taquicárdica (Frequência Cardíaca:120 batimentos por minutos), febril (38,5ºC) e com saturação de oxigênio (SpO2) 94% em ar ambiente. Evoluiu com piora do padrão respiratório, queda da SpO2(90%) mesmo com uso de oxigênio em Máscara de Alto Fluxo e pronação. Radiografia de tórax com infiltrado pulmonar bilateral e à revisão laboratorial piora importante da função renal (Creatinina basal – Cr basal de 0,6 mg/dl para 1,2 mg/dl). Houve necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica em parâmetros elevados, seguida de traqueostomia. Apresentou pneumonia por Enterobacter necessitando de ampliação do espectro antibiótico. Progrediu com boa resposta às medidas terapêuticas instituídas, tolerando redução dos parâmetros ventilatórios (Relação PaO2/FiO2:249) e melhora da função renal (Cr 0,59 mg/dl), recebeu alta da UTI, para domicílio, após 53 dias de inter nação. Acompanhada em Pré-Natal de Alto Risco, foi indicada a interrupção da gestação com IG:37 semanas e 5 dias, devido elevação pressórica (PA:140x90 mmHg). Induzido o trabalho de parto, evoluiu para parto vaginal, sem intercorrências. CONCLUSÃO: Embora mais de 90% das gestantes infectadas se recupe- rem sem hospitalização, pode ocorrer uma rápida deterioração do quadro, evoluir para doença grave, e necessitar de internação em UTI. R.B.P embora apresentasse como fatores de risco: a idade de 40 anos e obesidade, estava com 16 semanas de gestação, sendo possível a pronação, permitindo manter uma relação PaO2/Fio2 > 300, conforme recomendado. Apesar de sua gravidade, evoluiu com melhora significativa às medidas terapêuticas, recebendo alta em boas condições e permitindo parto a termo.

Palavras-chave: Gestação. COVID-19. Síndrome respiratória aguda grave.

REFERENCIAS:
1 – Hughes AL, Berghella V. COVID-19: Antepartum care of pregnant patients with symptomatic infection. UpToDate. [serial on the Internet] 2022 nov [acessado em 2022 Mar 26]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-antepartum-care-of-pregnant-patients-with-symptomatic-infection?search=Antepartum%20care%20of%20pregnant%20patients%20with%20symptomatic%20infection&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2 - Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, *et al.* Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: a live systematic review and metanalysis. BMJ. 2020:370:m3320.
3 - Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, *et al.* Update: Characteristics of symptomatic women of reproductive age with Laboratory confirmed SARS-CoV-2 by pregnancy status - United States, January 22-October 3, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69(44):1641-1647.
4 - Khan DSA, Hamid L-R, Ali A, Salam RA, Zuberi N, Lassi ZS, *et al.* Differences in pregnancy and perinatal outcomes among pregnant women infected with COVID-19 symptomatic versus asymptomatic: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2021; 21:801.
5 - Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, Sandoval G, Saade GR, Grobman WA, *et al.* Disease severity and perinatal outcomes of pregnant patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). Obstet Gynecol. 2021; 137:571-580.
6 - Mullins E, Hudak ML, Banerjee J, Getzlaff T, Barnette K, Playle R, *et al.* COVID-19 gestational and neonatal outcomes: reporting common outcomes from registries PAN-COVID and AAP-SONPM. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021; 57(4):573-581.
7 - Kasehagen L, Byers P, Taylor K, Kittle T, Roberts C, Collier C, *et al.* Deaths associated with COVID-19 after SARS-CoV-2 infection during pregnancy - Mississippi, March 1, 2020 to October 6, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021; 70(47):1646-1648.
8 - Galang RR, Newton SM, Woodworth KR, Griffin I, Oduyebo T, Sancken CL, *et al.* Risk factors for disease severity among pregnant women with Down syndrome confirmed severe acute respiratory infection Coronavirus 2 Infection-Surveillance for emerging threats to the mother and baby network, 22 state, local, and territorial health departments, March 29, 2020 to March 5, 2021. Clin Infect Dis. 2021; 73(Suppl 1):S17-S23.
9 – National Institutes of Health. Clinical Spectrum of SARS-CoV-2 Infection. NIH COVID-19 Treatment Guidelines. [acesso em 2022 Mar 26]. Disponível em: https://covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/management-of-covid-19.
10 - Wu Z, McGoogan JM. Key features and lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020; 323(13):1239-1242.
11 - Woodworth KR, Olsen EO, Neelam V, Lewis EL, Galanf RR, Oduyebo T, *et al.* Birth and baby outcomes after confirmed SARS-CoV-2 infection in laboratory in pregnancy - SET-NET, 16 jurisdictions, March 29 to October 14, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69(44):1635-1640.
12 - Jacoby VL, Murtha A, Afshar Y, Gaw SL, Asiodu I, Tolosa J, *et al.* Risk of pregnancy loss before 20 weeks' gestation in study participants with COVID-19. Am J Obstet Gynecol. 2021; 225(4):456-457.
13 - Donders F, Lonnée-Hoffmann R, Tsiakalos A, Mendling W, Oliveira JM, judlin P, *et al.* ISIDOG recommendations on COVID-19 and pregnancy. Diagnosis (Basel). 2020; 10(4):243.
14 - World Health Organization (WHO). Clinical management of acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected" Interim Guidance of 27 May 2020. [acesso em 2022 Mar 26]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446.
15 - Tolcher MC, McKinney JR, Eppes CS, Muigai D, Shamshirsaz A, guntupalli KK, *et al.* Prone Positioning for Pregnant Women With Hypoxemia Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Obstetric Gynecol. 2020; 136(2):259-261.
16 - Webster CM, Smith KA, Manuck TA. Extracorporeal membrane oxygenation in
Pregnant and postpartum women: a ten-year case series. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020; 2(2):100108.
17 - Saad AF, Chappell L, Saade GR, Pacheco LD. Corticosteroids in patient management Pregnant women with coronavirus disease (COVID-19). Obstet Gynecol. 2020; 136(4):823-826.
18 - Wong SF, Chow KM, Leung TN, Ng WF, Ng TK, Shek CC, *et al.* Pregnancy and perinatal outcomes for women With severe acute respiratory syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191(1):292-297.
19 - Ng WF, Wong SF, Lam A, Mak YF, Yao H, Lee KC, *et al.* The placentas of patients with respiratory syndrome Severe acute: a pathophysiological assessment. Pathology 2006; 38(3):210-8.
20 - Suhren JT, Meinardus A, Hussein K, Schaumann N. Meta-analysis on pathologies Placentas related to pregnancy with COVID-19 does not show a specific pattern. Placenta. 2022; 117:72-77.
21 - Girolamo RD, Khalil A, Alameddine S, D´Angelo E, Galliani C, Matarrelli B, *et al.* Placental histopathology after infection by SARS-CoV-2 in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2021; 3(6):100468.

Resumo

DISFAGIA ESOFÁGICA SECUNDÁRIA A DISH

Thatiana Egizi Dias Pacífico[1], Patrícia Teixeira Laurindo[1], Leandro Lima da Silva[1], Pedro Henrique Chaves de Souza Aguiar[1], Letícia Henrique Neto Salgado[1], Juan Demolinari Ferreira[1], Louise Fellet Barbosa[1], Gustavo Guimarães Moreira Balbi[1].

1 Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF)
Autor correspondente: Gustavo Guimarães Moreira Balbi. E-mail: thatianapacifico@hotmail.com

Introdução:
O diagnóstico diferencial da disfagia de condução inclui os distúrbios motores esofágicos , malignidades esofagogástricas e compressões extrínsecas impostas ao esôfago. O caso em questão tem por objetivo demonstrar um caso de disfagia esofágica relacionado à hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH). DISH é um distúrbio não-inflamatório caracterizado por calcificação e ossificação dos ligamentos e enteses espinhais, mais comum em homens a partir da 5ª década. A etiologia permanece incerta, embora fatores mecânicos, ambientais, dietéticos, medicamentosos e hormonais parecem desempenhar um papel. A sintomatologia mais comum inclui rigidez matinal da coluna vertebral, cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, dor nas extremidades, além de mielopatia compressiva. A disfagia de condução, por sua vez, tem sido descrita em todas as séries, e relaciona-se à formação de grandes osteófitos cervicais anteriores. Descrição do caso: Paciente masculino, 74 anos, com histórico de câncer de próstata tratado cirurgicamente em 2013, apresentava-se, desde 2019, com disfagia de condução, com sensação de entalamento dos alimentos em região cervical, inicialmente para sólidos, mas com progressão gradual para líquidos, implicando em síndrome consumptiva. Endoscopia digestiva alta não demonstrou alterações notáveis. Tomografia computadorizada de região cervical demonstrou ossificação grosseira adjacente ao aspecto anterior dos corpos vertebrais de C2 a C7, envolvendo o ligamento longitudinal anterior e formando pontes ósseas e determinando impressão sobre o esôfago posterior, sendo os achados compatíveis com hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH). Em janeiro de 2022, realizou a ressecção cirúrgica das ossificações cervicais, complicado por abscesso retrofaríngeo, com extensão ao mediastino superior. Realizada drenagem cirúrgica e, pela persistência de disfagia, foi confeccionada a gastrostomia em fevereiro de 2022. Conclusão: O tratamento da DISH é sintomático e inclui fisioterapia, exercícios e controle sintomático da dor (em relação a terapia medicamentosa, inicia-se, preferencialmente, com analgésicos comuns, seguidos de AINES se ausência de resposta e injeção local de glicocorticoides no caso de entesopatia dolorosa). Pacientes nos quais o nível de dor se torna substancial, levando ao uso de analgésicos mais potentes, devem ser avaliados para um diagnóstico diferente ou adicional ao DISH, como fratura ou impacto neural devido à estenose espinhal, porque a dor nos pacientes com DISH é geralmente de baixa intensidade. Pacientes com dificuldade de deglutição associada aos osteófitos da coluna cervical devem ser avaliados para determinar se os sintomas são provavelmente devido aos esporões cervicais para avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: Hiperostose Esquelética Difusa Idiopática; Disfagia; Cervicalgia.

Referências:
Verlaan J-J, Boswijk PFE, Ru JA, Dhert WJA, Oner FC. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine: an underestimated cause of dysphagia and airway obstruction. Spine J. 2011 Nov;11(11):1058-67.
Jonathan YCL, Sayal P, Prezerakos G, Russo V, Choi D, Casey ATH. The surgical management of dysphagia secondary to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clin Neurol Neurosurg. 2018 Apr;167:36-42.
Dutta S, Biswas KD, Mukherjee A, Basu A, Das S, Sem I, *et al.* Dysphagia due to forestier disease: three cases and systematic literature review. Indian J Otolaryngology Head Neck Surg. 2014; 66(Suppl 1): 379-84.
Harlianto NI, Kuperus JS, Hoesein FAAM, Jong PA, Ru JÁ, Oner FC, *et al.* Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine causing dysphagia and airway obstruction: an updated systematic review. Spine J. 2022 Sep;22(9):1490-1503.

Resumo

ESPECTRO BORDERLINE E CRIMINALIDADE

Filipe Augusto Cursino de Freitas[1], Arthur Faria Turmin Caixeta[2], Mateus Arruda Aleixo[3]

[1] Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
[2] Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
[3] Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Autor correspondente: Filipe Augusto Cursino de Freitas. E-mail: freitasfac@yahoo.com.br

Introdução:
O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um transtorno de etiologia multifatorial, tendo componentes genéticos e ambientais, destacando-se o abuso sexual na infância, que pode atingir até 70% desses pacientes. É caracterizado pelo DSM-5 por um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos, além de traços de impulsividade acentuada. Devido a esse modelo disfuncional de comportamento, se trata de um transtorno frequentemente associado à criminalidade, com destaque para crimes passionais. Diferentes estudos transversais apresentam que 28% até 45% dos pacientes encarcerados apresentam critérios para TPB. Descrição do caso: Paciente de 24 anos, obesa, etilista pesada e usuária de cocaína. Profissional do sexo com preferência por clientes idosos. Reside atualmente com a mãe, duas filhas e uma tia-avó. Apresenta múltiplas tentativas de autoextermínio (TAE) desde a adolescência, por diversos métodos, sendo o mais utilizado a ingestão de altas doses de medicação (benzodiazepínicos). Uma dessas tentativas ocasionou em uma internação no Instituto Raul Soares, onde a equipe de psiquiatria realizou o diagnóstico de TPB. Queixa-se de insônia que associa a múltiplos episódios de abuso sexual pelo tio materno ao longo da infância e a dois episódios de aborto, sendo um provocado e outro espontâneo. Portadora de síndrome do ovário policístico em uso de Metformina; tabagista em uso de Bupropiona. Ambiente domiciliar de perfil acumulador com higiene precária. Informa não se sentir "mãe" de suas filhas, porque não desenvolveu vínculo afetivo; porém deseja se engravidar e ter um filho do sexo masculino. Paciente de difícil manejo, uma vez que é não aderente ao tratamento medicamentoso ou conservador. Embora profissional do sexo, nega-se a usar anticoncepcionais. Já se envolveu em conflito físico com um de seus clientes, com quem residiu temporariamente. Apresenta comportamento persuasivo, argumentativo e manipulador. Possui necessidade de chamar atenção pelas suas atitudes disfuncionais e desadaptativas, como por meio de constantes ameaças de TAE e exibicionismo do etilismo desenfreado. A paciente em questão possui ficha criminal por extorsão, abandono de menores, assalto, agressão de idosos e tráfico de drogas. Já fez uso de haloperidol decanoato, benzodiazepínicos e tricíclicos sem sucesso clínico. Relata que seu histórico de insucesso e seu histórico criminal são fatores limitadores para sua aceitação social na cidade do interior de aproximadamente 4 mil habitantes. Conclusão: A fisiopatologia do TPB, assim como sua causa, é desconhecida. Admite-se a influência de fatores genéticos, mas a genética não explica essas questões de forma completa. Sua associação com a criminalidade é comum. Um contexto psicossocial disfuncional contribui para o desenvolvimento do transtorno, sendo que este pré-dispõe o indivíduo a cometer atos ilícitos. A atuação da psiquiatria da infância e da adolescência possui papel importante para modificar esse contexto, o qual pode apresentar implicações jurídicas na vida adulta.

Palavras-chave: Borderline. Criminalidade. Prevenção. Psiquiatria infantil. Refratariedade.

Referências:
1. Jordan, BK, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. II. Convicted felons entering prison. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(6):513-9.
2. Dunsieth Jr, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, Holcomb JL, Beckman D, Welge JA, *et al.* Psychiatricand legal featuresof 113 menconvictedof sexual offenses. J Clin Psychiatry. 2004 Mar; 65(3):293–300.
3. Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality and criminality. Psychiatry (Edgmont). 2009 Oct;6(10):16–20.
4. Rufatto AST. Crimes passionais: direito e psicopatologia. Ulbra. 2011;106–123.
5. Lemos EC [homepage na internet]. A Relação Existente Entre O Transtorno De Personalidade Borderline E Os Crimes De Homicídio Passional [online]. 2020. [acesso em 2022 Ago 23]. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/86648/a-relacao-existente-entre-o-transtorno-de-personalidade-borderline-e-os-crimes-de-homicidio-passional
6. Hendges IC. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A SUA RELAÇÃO COM A CRIMINALIDADE [Monografia para aprovação na Pós-graduação em Investigação Criminal e Psicologia Forense]. Brasilia: AVM-Faculdade Integrada; 2014.
7. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S. La Rivière SG. Borderline personalitydisorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. Adolesc Health Med Ther. 2018 Nov 23;9:199–210.
8. Waxman R, Fenton MC, Skodol AE, Grant BF, Hasin D. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: specificity of effects and the impact of gender. Personal Ment Health.2014 Feb;8(1):30-41.
9. Guilé J-M, Huynh C, Breton J-J, Rivière SGDL, Berthiaume C, St-Georges M, *et al.* Familial and Clinical Correlates in Depressed Adolescents with Borderline Personality Disorder Traits. Front. Pediatr.2016 Sep 21;4:87.

Resumo

HEMATOMA MESENTÉRICO ESPONTÂNEO - FORMA RARA DE HEMORRAGIA INTRA-ABDOMINAL IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO

Sarah Segantini Campos de Souza[1], Isabella Segantini Lopes de Souza[2], Isadora Martinez[2]

1 Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital Semper
2 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Autor correspondente: Sarah Segantini Campos de Souza - ID Lattes: 8508972381028702. E-mail:sarahsegantini@gmail.com

Introdução: Hemorragia intra-abdominal idiopática (ISIH) é um evento não traumático decorrente do sangramento de vasos abdominais sem causa aparente. Será descrito um caso de ISIH por sangramento de pequenos vasos mesentéricos, um fenômeno raro que evoluiu com isquemia intestinal. Descrição do caso: homem, 60 anos, hipertenso e obeso, internado em centro de terapia intensiva com choque hemodinâmico, com relato de síncope em domicilio e dor abdominal difusa leve iniciada naquele dia, sem história de trauma. Estudo tomográfico admissional demonstrou hematoma abdominal adjacente ao cólon ascendente, pequena quantidade de líquido livre e ausência de sinais de isquemia intestinal, sendo optado por tratamento conservador. Apresentou melhora hemodinâmica e estabilização do hematoma em tomografia contrastada de controle, sem identificação da origem do sangramento, sendo mantido proposta terapêutica. No 5º dia de internação, apresentou queda hematimétrica e piora hemodinâmica relevantes e foi submetido a laparoscopia diagnóstica, que identificou sangramento ativo no hematoma e sinais de isquemia do cólon ascendente. Procedido à laparotomia mediana e realização de íleo-colectomia direita, com ligadura da artéria e veia ileocólicas e anastomose íleo-cólica latero-lateral. Evoluiu bem e recebeu alta hospitalar 7 dias após o procedimento. Estudo anatomopatológico evidenciou "hemorragia peri-intestinal, provavelmente de origem venosa; ileíte subaguda com sofrimento das faixas superficiais da mucosa e congestão vascular intramural e no mesentério". Conclusão: Estima-se que até 30% das ISIH sejam causadas pela ruptura de um vaso esplâncnico intra-abdominal sem causa aparente, resultando em sangramento intra e/ ou retroperitoneal. É mais frequente em homens de 50-60 anos e, como a maioria é portadora de hipertensão arterial e aterosclerose, especula-se que parte dos casos se deva à ruptura de pequenos aneurismas. A ISIH por sangramento dos pequenos vasos mesentéricos periféricos é um evento raro, que geralmente origina hematomas mesentéricos de curso autolimitado, mas que podem complicar com sangramentos volumosos, obstrução intestinal, hematoma intramural e isquemia mesentérica. É um quadro de difícil identificação, muitas vezes manifestando apenas dor abdominal inespecífica e instabilidade hemodinâmica. A base diagnóstica é a tomografia computadorizada, se possível com contraste endovenoso, que permite, em poucos casos, identificar a origem do sangramento, possibilitando embolização por arteriografia. A literatura admite tratamento conservador nos pacientes estáveis, mas, sendo uma entidade pouco conhecida, a maioria dos casos é manejada cirurgicamente e o diagnóstico definitivo é realizado em retrospectiva.

Palavras-chave: Hematoma. Idiopático. Hemorragia. Mesentério.

Referências bibiográficas:
1. Green WT, Powers JH. Intra-abdominal apoplexy. Annals Surg. 1931 May;93(5):1070–4.
2. Badri F, Packirisamy K, Aryasinghe L, Al Suwaidi M. Abdominal apoplexy: A rare case of spontaneous rupture of the superior mesenteric artery in a hypertensive patient. Int J Surg Case Rep. 2012;3(12):614–7.
3. Osunkunle OA, Al-Shoek I. A case of abdominal apoplexy because of the rupture of the short gastric vessel. J Surg Case Rep. 2015 Mar 10;2015(3):rjv014–4.
4. Scheinfeld MH, Schwartz C, Jain VR, Goldman IA. Non-traumatic hemoperitoneum in the ED setting: causes, characteristics, prevalence and sex differences. Abdom Radiol. 2021 Feb;46(2):441–8.
5. Nakamura S, Yamada T, Nojima T, Naito H, Koga H, Yamashita H, *et al.* A case of spontaneous mesenteric hematoma successfully diagnosed and treated with aggressive imaging. Int J Surg Case Rep. 2019;65:124–6.
6. Qaraqe TM, Abou Daher A, Alami RS. Abdominal apoplexy: A rare case of spontaneous middle colic artery rupture with transverse colectomy. Int J Surg Case Rep. 2021 Apr;81:105835.
7. Battistini A, Marchesi M, Amadasi A, Rancati A, Gentile G, Zoja R. Death due to non-traumatic hemoperitoneum in Milan 2002–2016, with focus on two cases of abdominal apoplexy (idiopathic spontaneous hemoperitoneum) and review of the literature. Leg Med. 2017 Nov;29:13–17.
8. Badri F, Packirisamy K, Aryasinghe L, Al Suwaidi M. Abdominal apoplexy: A rare case of spontaneous rupture of the superior mesenteric artery in a hypertensive patient. Int J Surg Case Rep. 2012;3(12):614–7.
9. Shikata D, Nakagomi H, Takano A, Nakagomi T, Watanabe H, Maruyama M, *et al.* Report of a case with a spontaneous mesenteric hematoma that ruptured into the small intestine. Int J Surg Case Rep. 2016;24:124–7.
10. Zeinalpour A, Aghili A, Gholizadeh B. Abdominal apoplexy due to rupture of inferior pancreaticoduodenal artery: A rare case of acute abdomen. Caspian J Intern Med. 2021;12(2):S479-S481.
11. Tanioka N, Maeda H, Tsuda S, Iwabu J, Namikawa T, Iguchi M, *et al.* A case of spontaneous mesenteric hematoma with diagnostic difficulty. Surg Case Rep. 2020 Jun 1;6(1):124.
12. Law EKC, Lee RKL, Hung EHY, Ng AWH. Radiological diagnosis and management of idiopathic spontaneous intra-abdominal haemorrhage (abdominal apoplexy): a case series. Abdom Imaging. 2015;40(2):343–51.
13. Parker SG, Thompson JN. Spontaneous mesenteric haematoma; diagnosis and management. BMJ Case Rep. 2012 Aug 2;2012:bcr2012006624.
14. Reilly EF, Blansfield JA, Zebley MD. Spontaneous Colonic Mesenteric Hemorrhage: Report of an Unusual Case of Abdominal Apoplexy. Dis Colon Rectum. 2005 Jul;48(7):1484–6.

Resumo

HEMICOREIA-HEMIBALISMO HIPERGLICÊMICO: UM RELATO DE CASO

Luiz Felipe Mota Freitas[1], Mayara Machado Magalhães[1], Rebecca Rippel Millington[1], Juan Demolinari Ferreira[2], Leandro Lima da Silva[2], Gustavo Guimarães Moreira Balbi[2]

1Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF)
2Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF)

Autor correspondente: Luiz Felipe Mota Freitas - ID Lattes: 9006781154582280. E-mail: luizfelipemotafreitas@gmail.com

Introdução: As complicações neurológicas do diabetes mellitus (DM) são vastas e incluem distúrbios de movimento, sendo a hemicoreia-hemibalismo não-cetóticos uma das mais raras, descrita inicialmente por Bedwell em 1960. Coreia e balismo são distúrbios hipercinéticos do movimento, geralmente assimétricos e resultado de lesões estruturais contralaterais em núcleo subtalâmico e estriado. As etiologias incluem as vasculares (40%), fármaco-induzidas (12%) e doença de Huntington (10%). O relato apresentará o caso de um paciente com movimentos coreoatetóticos e proximais, hemoglobina glicada (HbA1c) de 18,7% e que após bom controle glicêmico apresentou remissão de seus sintomas. Descrição do caso: Paciente masculino, 65 anos, hipertenso, tabagista e ex-etilista, apresentou, na sequência de quadro gripal, movimentos involuntários em extremidades, de alta frequência e amplitude, de característica coreoatetótica, com predomínio em membro superior esquerdo. Com intuito de descartar eventos vasculares ou lesões estruturais em sistema nervoso central, prosseguiu-se com investigação hospitalar. Ressonância magnética de encéfalo não demonstrou alterações em núcleos da base. Hiperglicemia grave e sistemática, com valores superiores a 400 mg/dL, associada à glico-hemoglobina de 18,7%, permitiu o diagnóstico de Diabetes Mellitus do Tipo 2 (DM2). Descartou-se cetoacidose diabética ou estado hiperglicêmico hiperosmolar. Instituída insulinoterapia em esquema basal-bolus, com melhora progressiva dos sintomas até a completa resolução dos movimentos involuntários, que não recidivaram até o momento no seguimento ambulatorial. Conclusão: A hemicoreia-hemibalismo não-cetótico representa uma rara complicação do DM2. A fisiopatologia ainda é incerta, mas parece envolver insulto osmótico desencadeando quebra regional da barreira hematoencefálica e redução da disponibilidade de ácido gama-amino-butírico nos núcleos da base. A excelente resposta clínica ao adequado controle do DM2, tendo-se excluídos diagnósticos diferenciais à neuroimagem, corrobora o diagnóstico.

Palavras-chave: Coreia. Diabetes melito. Dismetria. Hipertensão arterial.

Referências:
Moon S, Kim HE, Oh TJ, Ahn CH, Choi SH, Jang HC. Hyperglycemic Hemichorea: A Case Series. Ann Geriatr Med Res. 2021 Sep;25(3):222-225.
Marques JS, Monteiro N, Nunes A, Machado J, Olivério J, Martins AS, Correia A. Hyperglycaemic Hemichorea. Eur J Case Rep Intern Med. 2018 Apr 24;5(4):000807.
Tsalta-Mladenov ME, Georgieva DK, Andonova SP. Hyperglycemic hemichorea due to diabetic striatopathy: case-based review. Curr Med Res Opin. 2022 Mar;38(3):365-369.
Ondo WG. Hyperglycemic nonketotic states and other metabolic imbalances. Handb Clin Neurol. 2011;100:287-91.
Lin JJ, Chang MK. Hemiballism-hemichorea and non-ketotic hyperglycaemia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1994 Jun;57(6):748-50.

Resumo

HEPATECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM BALÃO OCLUSOR DA VEIA CAVA INFERIOR CORADO COM INDOCIANINA GREEN

Ricardo Yukio Okawa[1,3], Isadora Benfica de Sá[2], Ana Paula Nogueira Santos [2], Anna Paula Braz Machado [2], Julia Ugrin Viana Penha Oliveira [2], Maria Eduarda de Castro Figueiredo [2]

[1] Universidade de Itaúna, Universidade Federal de Minas Gerais
[2] Universidade de Itaúna.
Autor correspondente: Ricardo Yukio Okawa. E-mail: ricardookawa@hotmail.com

INTRODUÇÃO: As hepatectomias, em sua maioria por indicação oncológica, possuem uma mortalidade geral de 8,67% e uma incidência de complicações em torno de 11,43%. Quando realizadas através da técnica cirúrgica convencional, enfrentam-se frequentes lesões vasculares, principalmente venosas, uma vez que a anatomia dos vasos locais dificulta o acesso cirúrgico seguro. Diante deste fato, a tese de doutorado do Dr. Ricardo Okawa mostrou o benefício da técnica de Hemostasia Endovascular com Balão Oclusor da Veia Cava Inferior (HEBOC®), com o posicionamento guiado pela indocianina green (ICG) durante a hepatectomia videolaparoscópica. A ICG é um corante que se liga às lipoproteínas do plasma, sendo ativada por fluorescência invisível NIR (imagem near infrared) na frequência de 760-780 nm. Trata-se então de uma modalidade promissora, que pode ser usada para fins terapêuticos ou diagnóstico, sendo decisiva no sucesso do procedimento por mostrar mais detalhes dos tecidos locais no campo intraoperatório. CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 58 anos, portador de carcinoma de células escamosas no fígado, em lobo direito, tendo realizado previamente tratamento citorredutor, com indicação de hepatectomia segmentar. O paciente, posicionado em decúbito dorsal horizontal, foi submetido à punção da veia femoral comum direita ecoguiada para execução da hepatectomia videolaparoscópica com HEBOC®. Após injeção de indocianina green dentro do balão, associada a albumina em pó como forma de composto proteico, o mesmo percorreu o trajeto até a veia cava inferior. A visualização da estrutura ocorreu através da incidência da luz NIR (entre 760-780 nm), que causa a fluorescência do corante no vídeo cirúrgico. O balão teve função de hemostasia preventiva e terapêutica de lesões iatrogênicas na veia cava e na superfície cruenta do fígado. CONCLUSÃO: O uso da HEBOC® em hepatectomia videolaparoscópica, com o auxílio da indocianina green, se mostrou um método seguro e efetivo quando realizada por profissionais habilitados. O procedimento relatado, comparado a técnica cirúrgica convencional, teve redução no tempo médio operatório, redução no custo efetivo, diminuição de intercorrências no transoperatório e de sangramentos, o que implicou na redução de hemotransfusões, bem como na permanência hospitalar. Ademais, a aplicação da indocianina green se mostrou fundamental, pois essa aprimorou a navegação intraoperatória pela visão direta das estruturas com auxílio da fluorescência do balão oclusor.

Palavras-chave: Hepatectomia. Indocianiana green. HEBOC®.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bibas BJ, Costa-de-Carvalho RL, Pola-dos-Reis F, Lauricella LL, Pêgo-Fernandes PM, Terra RM. Fluorescência com verde de indocianina para auxiliar na ligadura do ducto torácico por videotoracoscopia. J Bras Pneumol. 2019;45(4):e20180401.

Carrillo L, Skibber M, Kumar A, George M, Aziz S, Harting M, *et al.* A Morphometric Model for Endovascular Occlusion of The Retrohepatic Vena Cava in Pediatric Trauma. J Surg Res. 2019 Sep;241:215-221.

Resende V, Rezende-Neto JB, Fernandes JS, Cunha-Melo JR. Avaliação da morbidade e da mortalidade após ressecções hepáticas. Rev Col Bras Cir. 2011;38(5):323-326.

Resumo

HEPATITE AGUDA PÓS VACINA CONTRA COVID-19: RELATO DE CASO

Nathália Marçal Tostes[1], Arthur Melo Vieira Soares[2], Gabriel Lopardi Passos[3], Laís Rodrigues Maffia[4], Guilherme Grossi Lopes Cançado[5], Fernanda Maria Farage Osório[6].

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
3. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
4. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
5. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG
6. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG

Autor correspondente: Fernanda Maria Farage Osório. Email: ffosorio@gmail.com

Introdução: A vacinação é o principal recurso no combate a pandemia do coronavírus. Todas as vacinas liberadas para uso mostram-se seguras e bem toleradas, contudo, alguns possíveis eventos adversos foram evidenciados após vacinação em massa. Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 66 anos, relata percepção de icterícia no dia 9/05/21, associada a colúria e astenia. Exames laboratoriais revelaram aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase com valores acima de 1500 U/L, bilirrubina total de 7,5 mg/dL com bilirrubina direta de 4,4 mg/dL e elevação discreta de enzimas canaliculares. Exames de função hepática também alterados com RNI 1,4 e plaquetas 116.000. Sem história de hepatopatia prévia conhecida, negava abuso de álcool, uso de medicações, chás ou outras substâncias. Relatava primeira dose da vacina ChAdOx1 contra o vírus SARS COV2 em 21/04/2021 como única intervenção recente. Submetido a propedêutica etiológica inicial – pesquisa de hepatites virais, marcadores de autoimunidade, doenças virais – sem alterações. Ultrassom abdominal evidenciava aumento leve da ecogenicidade hepática compatível com esteatose leve. Em julho de 2021, evoluiu com normalização das enzimas hepáticas e recebeu a segunda dose da vacina, intercorrendo novamente com elevação de transaminases. Solicitada biópsia hepática, porém paciente optou por não realizar procedimento e manteve-se em acompanhamento ambulatorial. Após 6 meses evoluiu com normalização dos exames laboratoriais. Conclusão: As vacinas disponíveis têm seu mecanismo de ação baseado em identificação da proteína Spike viral (proteína S) e ativação do sistema imune inato. A consequente ativação da cascata inflamatória da via do interferon está, possivelmente, envolvida na lesão hepática hepatocelular, ocasionando um quadro similar às hepatites imuno-mediadas. Em sua maioria, os pacientes evoluem com melhora espontânea ou após curso de corticoterapia. A hepatite aguda pós vacinal é um evento infrequente, de evolução favorável. Os médicos devem estar atentos para esse possível evento adverso como diagnóstico diferencial nos quadros de hepatite aguda autoimune like.

Palavras-chave: Vacinas contra COVID-19. Doença Hepática Induzida por Substâncias e Drogas

Referência:
Efe C, Kulkarni AV, Beretta-Piccoli BT, Magro B, Stattermayer A, Cengiz M, *et al.* Liver injury after SARS-CoV-2 vaccination: Features of immune-mediated hepatitis, role of corticosteroid therapy and outcome. Hepatology. 2022;76(6):1576-1586.

Resumo

ILEOCOLITE - INTERAÇÃO ENTRE DOENÇA DE CROHN E ENTEROCOLITE POR YERSINIA

Mayara Machado Magalhães[1], Felipe Mazilão Fajardo Maranha[2], Rebecca Rippel Millington[3], Luiz Felipe Mota Freitas[3], Leandro Lima da Silva[4], Gustavo Guimarães Moreira Balbi[5]

[1] Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora
[3] Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
[4] Universidade Federal de Juiz de Fora
[5] Universidade Federal de Juiz de Fora
Instituição: Serviço de Medicina Interna do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF)
Autor correspondente: Mayara Machado Magalhães - ID Lattes: 6468921529462822. E-mail: mayara.maga5@gmail.com

Introdução: Ileíte é uma condição inespecífica, com múltiplas etiologias, entre as quais: doença de Crohn, vasculites, infecções gastrointestinais e medicamentos. Logo, cabe a consideração de mimetizadores e fatores agravantes da doença inflamatória intestinal. Descrição do caso: Paciente masculino, 26 anos, com histórico de atopia e colecistolitíase assintomática, apresentou dor abdominal aguda, periumbilical à direita, de moderada intensidade. A partir do 3º dia, a dor tornou-se difusa e agravada à movimentação. Na ocasião, recorreu à automedicação com antiparasitários, com melhora parcial dos sintomas, persistindo, após 3 semanas, com dor discreta em fossa ilíaca direita. Ao exame físico, notava-se bom estado geral, abdome plano, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Não foram observadas lesões mucocutâneas, oftalmológicas, perianais ou articulares. O diagnóstico de trabalho foi de síndrome do intestino irritável, com provável gatilho infeccioso. Com o objetivo de afastar causas orgânicas, foi solicitada a dosagem de calprotectina fecal, que resultou muito aumentada: 2.550 mcg/g. Procedeu-se com enterotomografia, que evidenciou espessamento parietal regular e hiper-realce mucoso do íleo distal, com extensão de 3 cm, sugerindo ileíte, além de linfonodomegalia satélite em mesentério, e colonoscopia, que demonstrou ulcerações profundas, medindo até 2 cm, com margens irregulares e recobertas por fibrina, em íleo, cólon ascendente e reto. Anatomia patológica revelou ileíte crônica, colite crônica e distorção glandular, além de ausência de granulomas ou elementos de malignidade. Nesse momento, foi aventada a hipótese de doença de Crohn com acometimento ileocólico. Entretanto, pela instalação aguda dos sintomas e proeminência de linfonodos mesentéricos, foi incluída a sorologia para Yersinia enterocolitica, pelo método da hemaglutinação, com positividade (1: 1.600) para o sorotipo O:3. Realizou-se, então, tratamento empírico com 21 dias de Ciprofloxacino. Após 4 meses do início do quadro, foi constatada a normalização dos níveis de calprotectina fecal (26 mcg/g) em novo exame. Conclusão: A infecção gastrointestinal pela Yersinia pode simular ou ser fator exacerbador da doença inflamatória intestinal, sendo um diagnóstico diferencial a ser considerado.

Palavras-chave: Ileocolite. Yersinose. Doença de Crohn.

Referências:

Dilauro S, Crum-Cianflone NF. Ileitis: when it is not Crohn's disease. Curr Gastroenterol Rep. 2010;12(4):249-258.
Sachar DB. Small Bowel Lesions Mimicking Crohn's Disease. Curr Gastroenterol Rep. 2018;20(9):43.
Bojic D, Markovic S. Terminal ileitis is not always Crohn's disease. Ann Gastroenterol. 2011;24(4):271-275.
Goulart RA, Barbalhob SM, Gasparinii RG, Carvalho ACA. Facing Terminal Ileitis: Going Beyond Crohn's Disease. Gastroenterology Res. 2016;9(1):1-9

Resumo

LINFANGIOMA MEDIASTINAL FETAL: UM RELATO DE CASO

Luiza Rocha Araújo Carvalho[1]

1Hospital Semper

Autor correspondente: Luiza Rocha Araújo Carvalho - ID Lattes: 5942525707908838. E-mail: luiza.ra@yahoo.com

INTRODUÇÃO: O linfangioma é definido como um tumor congênito benigno raro, que resulta da má formação no desenvolvimento do sistema linfático, sem causa precursora bem estabelecida.(1) A teoria mais aceita é que essa falha na drenagem do saco linfático primordial leva a um alargamento do canal linfático, formando a lesão cística. (1) Representa apenas 5% a 6% das lesões benignas da infância e adolescência, podendo ocorrer em qualquer local do sistema linfático.(2) Entretanto, é mais comumente encontrada no pescoço, com descrição na literatura de 75% dos casos e maior incidência na região cervical esquerda, e com menor frequência na região axilar, correspondendo a 20% dos casos. (1) Apenas 1% ocorre na região mediastinal. (1,2) Não há predileção entre sexo ou raça e ocorrem geralmente em crianças menores de 2 anos de idade.(2) Quando em adultos, geralmente são adquiridos, decorrentes de obstrução linfática crônica secundária a alguns fatores como cirurgia, radiações e infecções locais. Pode ser classificado em quatro tipos histológicos diferenciados pelo tamanho dos espaços linfáticos em sua composição: higroma cístico, mais comum, linfangioma cavernoso, malformação vasculolinfática e linfangioma capilar ou simples. (2) Possui tendência de circundar ou invadir estruturas adjacentes, devido à sua natureza infiltrativa, mas não há descrição de transformação maligna do mesmo. Portanto, geralmente apresenta bom prognóstico, principalmente quando achado isoladamente, quando o cisto é único e quando é realizada ressecção completa do mesmo.Normalmente é assintomático, com diagnóstico feito por um achado incidental em exames de imagem. (1-3) O tamanho do cisto é variável e possui crescimento lento, porém, pode apresentar-se bastante volumoso, causando compressão de via aérea e possível óbito, ou pode decorrer com hemorragia e internações recorrentes devido à infecção do mesmo. O diagnóstico é suspeitado através de exames de imagem, iniciando com a ultrassonografia como método de rastreio e podendo ser complementado com a ressonância magnética, porém, apenas o exame histopatológico irá definir a doença.(2) A opção pela ressonância dá-se pela sua maior acurácia, ajudando na determinação dos limites da lesão, suas características e relações com estruturas adjacentes, o que irá interferir no planejamento do tratamento de tal condição. A maioria das alterações é observada no segundo e terceiro trimestres da gestação e é descrita como uma imagem cística multisseptada.(2)O tratamento do linfangioma depende da evolução do mesmo. Havendo uma lesão compressiva intraútero, pode-se optar por uma intervenção ainda durante a gestação, como por exemplo o EXIT. Outra escolha de tratamento pode ser o uso de substâncias esclerosantes. Entretanto, o único tratamento com potencial curativo é a ressecção cirúrgica. Nesse estudo, apresentamos um caso clínico de diagnóstico de linfangioma em feto de 23 semanas e 6 dias, identificado ao ultrassom morfológico. DESCRIÇÃO DO CASO: G1P0A0, 32 anos, com idade gestacional de 23 semanas e 6 dias, sem comorbidades, em acompanhamento regular de pré-natal, sem alterações prévias dos exames de pré-natal (de imagem e laboratorial), em uso contínuo de feminis durante a gestação, realiza ultrassonografia morfológica em 14 de Fevereiro de 2022 que evidencia um cisto mediastinal único (figura 1) que se estende para região cervical inferior, de contornos regulares, sem septos, com volume de 5,24cm3, sem captação de fluxo ao estudo do Doppler (figura 2), sem compressão de estruturas adjacentes, de localização muito próxima ao timo, o que gerou como principais hipóteses diagnósticas o linfangioma e o cisto tímico, sem desconsiderar outras hipóteses de cistos mediastinais. O exame morfológico não apresentou nenhuma outra alteração além da citada.

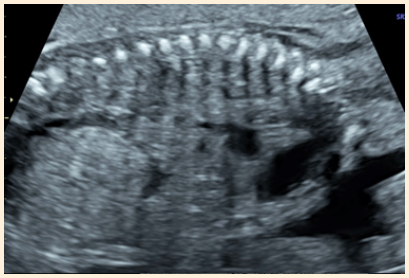


Figura 1 – USG morfológico com cisto mediastinal.

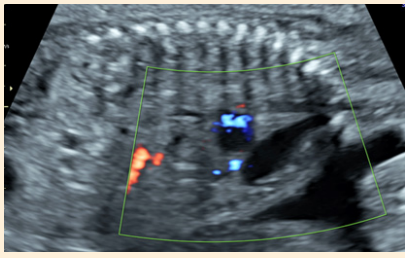


Figura 2 – USG morfológico com cisto mediastinal sem captação de fluxo ao doppler.

Diante da alteração encontrada e do risco de compressão de estruturas importantes, definiu-se por realizar acompanhamento do cisto com ultrassonografia a cada duas semanas ou quando fosse necessário. Durante todo o acompanhamento o cisto manteve suas características do primeiro exame, exceto por crescimento isolado até 30 semanas e 2 dias (não havendo nenhum sinal de compressão de outras estruturas), quando estabilizou o volume em torno de 17 cm3 até o nascimento. Para melhor definição do quadro e planejamento terapêutico, optou-se por realizar também um exame de ressonância magnética fetal com 32 semanas e 1 dia, cujo laudo profere sobre formação expansiva cística em mediastino anterior e superior, com extensão cervical, deslocando o parênquima do timo, de volume igual a 18,2 cm3, sendo cisto tímico a principal hipótese diagnóstica. Além desses dois exames, foi feito um ecocardiograma fetal, sem nenhuma alteração do mesmo. Optado pela realização de parto cesariana programado, com 27 semanas e 6 dias, no dia 23 de Maio de 2022. Na sala de parto encontrava-se além da equipe habitual o cirurgião pediátrico, devido aos riscos de compressão de estruturas nobres durante o trabalho de parto e possível necessidade de intervenção imediata. Não houve nenhuma intercorrência no peroperatório, o Apgar do recém nascido foi 9/9 , e o cisto era visível clinicamente com protusão para região cervical esquerda ao aumento da pressão intratorácica. O recém-nascido permaneceu em unidade de tratamento intensivo neonatal durante 24 horas para observação, não apresentando nenhuma intercorrência nesse período. O cisto permaneceu assintomático durante o período de internação. Realizado ultrassonografia do tórax e da região cervical inferior esquerda após 48 horas de vida, com laudo semelhante aos exames intraútero: volumosa imagem cística com aspecto homogêneo e anecóico ocupando terço médio/superior do hemitórax esquerdo, de paredes regulares e lisas, com compressão sobre o timo e plano de clivagem, bem como insinuação superior em direção à região cervical ipsilateral, observando que o mesmo se interpõe pelo plano gorduroso entre o espaço carotídeo e os contornos posteriores do músculo esternocleidomastoideo, sem compressão sobre estruturas do espaço carotídeo ou do espaço visceral à manobra de Valsalva. Realizado ressecção cirúrgica no dia 05 de Julho de 2022 – ressecção com incisão cervical única e exérese completa do cisto, sem intercorrências no ato cirúrgico. Peça enviada para anatomopatológico que definiu diagnóstico de linfangioma, sem nenhuma evidência de alterações malignas. CONCLUSÃO: A gestação por si só já é um período carregado de alterações hormonais, emocionais, de planejamentos e inseguranças. Comumente, uma das principais preocupações da gestante e seus familiares é a certeza que o feto está saudável e se desenvolvendo plenamente nas suas condições. Sendo assim, alterações gestacionais geram diversos estigmas para a família em um momento tão delicado, o que pode interferir diretamente nos cuidados necessários nesse período, além de poder gerar diversos dilemas, inclusive éticos. Saber diagnosticar, portanto, alterações percebidas nos exames de rastreio é de extrema importância para a boa evolução dos cuidados com a gestante e com o feto. A correta identificação dessas alterações ajuda no direcionamento do acompanhamento do binômio materno-fetal, na estratificação do risco daquela gestação, na definição de estratégias de intervenções e tratamentos, além de suscitar tranquilidade e segurança na gestante, diminuindo por conseguinte o número de óbitos fetais.

Palavras-chave: Linfangioma. Cisto mediastinal. Higroma cístico.

REFERÊNCIAS:

1. Correia FMAV, Seabra B, Rego A, Duarte R, Miranda J. Linfangioma cístico do mediastino. J Bras Pneumol. 2008;34(11):982–984.
2. Antunes EG, Werner Junior H, Daltro PA, Rodrigues L, Amim B, Guerra F, *et al.* Avaliação de linfangiomas cervicais fetais por ressonância magnética e correlação com achados ultrassonográficos. Radiol Bras. 2009;42(5):299–302.
3. Vilela TT, Daher RT, Nóbrega MDA, Ximenes Filho CA, Montandon C, Montandon Júnior ME. Cistos congênitos do mediastino: aspectos de imagem. Radiol Bras. 2009 Feb;42(1):57–62.

Resumo

NEOPLASIA OVARIANA CONTENDO OVOS DE S. MANSONI: UM RELATO DE CASO

Romerson Martins Franco[1], Karla Matarelli Pereira[2], Jairo Cequeira de Almeida Teixeira[3], Ana Julia Matarelli Pereira de Almeida[4], Fabrícia Pinheiro Franco[4]

1 Maternidade Octaviano Neves
2 AMA Ginecologia e Obstetrícia
3 Instituto Mario Penna
4 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Autor correspondente: Romerson Martins Franco - ID Lattes: 4726108148260023. E-mail: adm@drromerson.com.br

RESUMO

Introdução: A esquistossomose é uma doença endêmica no Brasil, sendo o agente causador mais comum na região o Schistosoma mansoni (S. mansoni), que se aloja nas veias mesentéricas que irrigam o trato digestivo. Raramente, a doença pode apresentar formas ectópicas, como a esquistossomose genital feminina, sendo o ovário o local mais frequentemente afetado. A fisiopatologia por trás desse fenômeno não é muito esclarecida, mas acredita-se que os parasitas passam pela veia porta e migram até o plexo venoso retal. Ali, as redes vasculares fornecem acesso aos órgãos genitais, onde o parasita pode depositar seus ovos. Mudanças na vascularização local e angiogênese podem influenciar na implantação ectópica do S. mansoni, como ocorre durante a vida reprodutiva feminina e a gravidez. De modo semelhante, processos neoplásicos causam neovascularização, por meio da produção de fator de crescimento endotelial vascular, podendo possivelmente servir como uma rota migratória para os parasitas e para a embolização de ovos. Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 31 anos, hipertensa, queixa de dor pélvica crônica, tendo ultrassonografia endovaginal revelado massa retrouterina direita, de dimensões 95x88x71mm (315 cm³). A tomografia computadorizada evidenciou um cisto simples anexial direito sugestivo de benignidade, 595cm³. Paciente foi encaminhada para cirurgia oncológica e submetida a uma laparotomia, com retirada de anexos uterinos. O anatomopatológico revelou um tumor cístico ovariano medindo 12,0x10,0x7,0cm classificado como neoplasia mucinosa "borderline" do ovário (baixo grau) com presença de frequentes ovos parcialmente calcificados (inviáveis) de S. Mansoni no estroma da neoplasia. A paciente recebeu os cuidados pós-operatórios adequados e foi encaminhada para acompanhamento com infectologia, visando melhor avaliação e tratamento da esquistossomose.
Conclusão: Existem outros relatos de casos que revelam tumores com presença de ovos de S. Mansoni, tanto viáveis como inviáveis, o que levanta a hipótese da possibilidade de existência de alguma correlação entre esquistossomose genital e tumoração. Uma das hipóteses seria que as neoplasias poderiam servir como rota migratória para os parasitas adultos e a embolização de ovos, reforçada pela presença de ovos viáveis. Entretanto, no caso estudado, os ovos se encontram inviáveis. Assim, não há material de pesquisa suficiente para responder os questionamentos fisiopatológicos ou comprovar ou refutar tal relação.

Palavras-chave: Neoplasias ovarianas. Schistosoma mansoni. Ginecologia. Esquistossomose genital.

Referências:

1. Aminu MB, Abdullahi K, Dattijo LM. Tubal Ectopic Gestation Associated with Genital Schistosomiasis: a case report. Afr J Reprod Health. 2014;18(2):144-146.
2. Amorim AG, Pagio FAB, Ferreira RN; Chambô Filho A. Genital Schistosomiasis: a report on two cases of ovarian carcinomas containing viable eggs of schistosoma mansoni. Case Rep In Obstet Gynecol. 2014;2014:508718.
3. Batista TP, Andrade JJR, Fonte Filho LAM. Schistosoma mansoni: an unusual cause of ovarian pseudotumor. Arch Gynecol Obstet. 2010;281(1):141-3.
4. Christinet V, Lazdins-Helds JK, Stothard JR, Reinhard-Rupp J. Female genital schistosomiasis (FGS): from case reports to a call for concerted action against this neglected gynaecological disease. Int J Parasitol. 2016;46(7):395-404.
5. Gomes ECS, Domingues ALC, Aguiar Junior FCA, Barbosa CS. Ovarian Manson's Schistosomiasis: rare diagnosis or underestimated prevalence?. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39(5):249-254.
6. Lambertucci JR, Villamil QTMF, Savi D, Dias IC. Genital schistosomiasis mansoni: tubal tumor and parietal peritoneum involvement diagnosed during laparoscopy. Rev Soc Bras Med Trop. 2009;42(5):583-6.
7. Lima CWR, Oliveira NMC, Silva SVD, Duarte MEL, Barbosa APF. Ectopic forms of schistosomiasis mansoni in the second macroregion of Alagoas: case series report and review of the literature. Rev Soc Bras Med Trop. 2017;50(6):812-818.
8. Pereira CS. Análise histopatológica de componentes fibrosos da matriz extracelular de biópsia do ovário de indivíduos com esquistossomose no estado de Sergipe [Monografia para obtenção de Bacharel em Medicina]. Aracaju: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe; 2019.
9. Sturt AS, Webb EL, Francis SC, Hayes RJ, Bustinduy AL. Beyond the barrier: female genital schistosomiasis as a potential risk factor for hiv-1 acquisition. Acta Trop. 2020;209:105524.
10. Yosry A. Schistosomiasis and Neoplasia. Infection And Inflammation: Impacts on Oncogenesis. 2006;13:81-100.

Resumo

PARACOCCIDIOIDOMICOSE BILIAR SIMULANDO O DIAGNÓSTICO DE PSEUDOTUMOR HEPÁTICO ASSOCIADO À IGG4

Júlia Faria Campos[1], Ana Flávia Passos Ramos[2], Wanessa Trindade Clemente[3], Vítor Nunes Arantes[3]

1. Hospital Santa Casa de Belo Horizonte; Hospital das Clínicas da UFMG
2. Hospital Santa Casa de Belo Horizonte
3. Faculdade de Medicina da UFMG
4. Faculdade de Medicina da UFMG
Autor correspondente: Júlia Faria Campos. Email: j.fariacampos@gmail.com

Introdução: Paracoccidiodomicose (PCM) é uma infecção granulomatosa sistêmica provocada pelo fungo Paracoccidioides brasiliensis. Autóctone da América Latina, apresenta-se geralmente como lesão multifocal e acomete principalmente pulmão, linfonodos e pele. Dentre os achados laboratoriais, destacam-se a presença de hipergamoglobulinemia (89% dos casos) e eosinofilia (76%). Sua apresentação intra-abdominal exclusiva é rara e de difícil diagnóstico, já que geralmente simula tumor sólido hepático, biliar ou pancreático. Por isso, os casos descritos têm por base o diagnóstico histopatológico cirúrgico. Relata-se um caso de PCM biliar diagnosticado por ecoendoscopia, o primeiro da literatura descrita realizado sem a necessidade de cirurgia. Relato: Mulher, 34 anos, natural de Viçosa- MG, hígida, foi avaliada em 11/2017 devido a icterícia, colúria, hipocolia e prurido flutuantes, com três meses de evolução e emagrecimento (10Kg). Sem dor abdominal ou linfonodomegalia periférica. Propedêutica evidenciava eosinofilia (42% -2796mil/mm3), elevação de enzimas hepáticas (FA 327, GGT 335, TGO 510 e TGP 630UI/L) e bilirrubinas (T 6 e D 5,6 UI/L), aumento policlonal da cadeia gama (24,7% 2,12g/dL) e expressivo da fração IgG4 (4210 VR até 2010 mg/L). À RM abd, vista lesão expansiva, de limites imprecisos (36x23mm) em hilo hepático, sem plano de clivagem com o pâncreas, associada a acentuada dilatação das vvbb. Inicialmente, foi aventada a hipótese de colangiocarcinoma, enfraquecida pelo caráter intermitente dos sintomas; em seguida, a de pseudotumor inflamatório associado à IgG4, devido ao pico de IgG4 e ao caráter infiltrativo pancreático da lesão. Realizada biópsia ecoguiada que resultou em lesão supurativa e inflamatória provocada por Paracoccidioides brasiliensis. Instituído tratamento com Anfotericina B, seguido de Itraconazol 200mg/dia, a paciente apresentou melhora clínica e normalização das enzimas hepáticas, Bb e da gamopatia. TC abd 06/2019 mostrou leve dilatação das vvbb e área nodular heterogênea no seg VI do fígado (16mm). Conclusão: O diagnóstico de PCM deve ser considerado nos casos de lesões sólidas hepato-biliares em pacientes provenientes de regiões endêmicas do fungo, principalmente no casos de sintomas atípicos e achados laboratoriais como eosinofilia e hipergamaglobulinemia. Os métodos minimamente invasivos são úteis para elucidação diagnóstica e o tratamento é prolongado, mas apresenta boa resposta, tal como descrito no caso relatado.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose. Paracoccidioides brasiliensis. Pseudotumor hepático. IgG4.

Referência Bibliográfica:
1- Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Telles FQ, Kono A, Paniago AMM, *et al.* [Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis]. Epidemiol Serv Saude. 2018 Aug 16;27(spe):e0500001.
2- Marques SA. Paracoccidioidomycosis: epidemiological, clinical, diagnostic and treatment up-dating. An Bras Dermatol. 2013 Sep-Oct;88(5):700-11.
3- Steinbrück K, Fernandes R. Biliary Paracoccidioidomycosis: An Unusual Infection Simulating Malignant Neoplasm. Ann Hepatol. 2019 Jan-Feb;18(1):258-262.
4- Lima TB, Domingues MA, Caramori CA, Silva GF, Oliveira CV, Yamashiro FS, *et al.* Pancreatic paracoccidioidomycosis simulating malignant neoplasia: case report. World J Gastroenterol. 2013 Sep 14;19(34):5750-3.
5- Steinbrück K, Fernandes R, Campos CF, Bento G, Stoduto G, Auel T. Intrahepatic biliary paracoccidioidomycosis mimicking cholangiocarcinoma. J Gastrointestin Liver Dis. 2014 Sep;23(3):239.

Resumo

PRÉ ECLÂMPSIA LIKE EM GESTANTE INFECTADA POR SARS-COV-2: UM RELATO DE CASO

Thandara Mara Batista dos Santos Resende[1], Sônia Mara Batista dos Santos Resende[2], Lívia Vilaça Cota Pereira[3]; Luana Paula de Faria Ribeiro[3], Marcela de Castro Bastos Rodrigues[3]

1 Instituto Mário Pena
2 Hospital Santa Casa de Santo Antônio do Monte
3 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Autor correspondente: Thandara Mara Batista dos Santos Resende - ID Lattes: 7569938196684674. E-mail: thandara.mara@yahoo.com.br

Resumo: A Pré-eclâmpsia é uma síndrome sistêmica específica da gestação, caracterizada, principalmente, pelo aumento da pressão arterial e proteinúria. Essa condição passou a ser mais estudada durante a pandemia da COVID-19, visto que foi evidenciado uma síndrome semelhante à Pré-eclâmpsia (PE LIKE) em gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2. Assim, neste trabalho descrevemos um relato de caso para discutir sobre as repercussões que a PE LIKE causa no organismo das gestantes. Dessa forma, estudos mostraram que, apesar dessas duas síndromes possuírem repercussões clínicas parecidas, sua fisiopatologia é diferente. Os biomarcadores sFlt-1/PIGF, LDH, UtAPI, e o desfecho do quadro clínico, são capazes de diferenciar essas duas síndromes. Portanto, é preciso compreender melhor a relação da PE LIKE com a infecção pelo SARS-CoV-2, e as consequências desse quadro clínico para as gestantes.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia. Síndrome HELLP. SARS-CoV-2. COVID-19. Complicações na gravidez.

Abstract
Pre-eclampsia is a specific systemic syndrome of pregnancy, characterized, mainly, by increased blood pressure and proteinuria. This condition became more studied during the COVID-19 pandemic, since a syndrome similar to Pre-eclampsia (PE LIKE) was evidenced in pregnant women infected by SARS-CoV-2. And then, in this paper we describe a case report to discuss the repercussions that PE LIKE causes in the organism of pregnant women. In this way, studies have shown that, although these two syndromes have similar clinical repercussions, their pathophys-iology is different. The biomarkers sFlt-1/PIGF, LDH, UtAPI, and the clinical out-come, are able to differentiate these two syndromes. Therefore, it is necessary to better understand the correlation between PE LIKE and SARS-CoV-2 infection, and the consequences of this clinical picture for pregnant women.
Keywords: Pre-eclampsia. HELLP Syndrome. SARS-CoV-2. COVID-19. Pregnan-cy Complications.

Introdução: A Pré-eclâmpsia (PE) é uma síndrome sistêmica específica da gestação, caracterizada por hipertensão arterial e proteinúria em gestantes previamente normotensas após a 20ª semana de gestação. Além disso, na ausência de proteinúria, a PE também pode cursar com lesão de órgão-alvo. Nesse sentido, a PE é uma importante causa de morbidade e morbimortalidade materna e fetal, a qual corresponde a 10 a 15% das mortes maternas diretas em todo o mundo, segundo a OMS, sendo que 99% dessas mortes ocorrem em países pouco desenvolvidos. Essas mortes podem ser causadas por complicações da PE, que incluem acidente vascular encefálico, insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca, coagulopatia e edema pulmonar, além de complicações fetais, como insuficiência placentária e prematuridade (FEBRASGO, 2018). Durante a pandemia de COVID-19, em 2020, o Brasil registrou 560 óbitos entre gestantes e puérperas e, até junho de 2021, esse número cresceu para 1.156 óbitos. Nesse sentido, a taxa de mortalidade de gestantes e de puérperas por COVID-19 no país esteve 2,5 vezes maior do que a taxa nacional de mortalidade materna, sobretudo, devido a algumas complicações causadas pelo vírus nessa população, como a Síndrome Semelhante à Pré-Eclâmpsia (PE LIKE). Dessa forma, o estudo de casos de gestantes que manifestaram essa síndrome tornou-se muito importante para o esclarecimento da fisiopatologia de Covid-19 nessa população. Assim, neste trabalho descrevemos um relato de caso a fim de discutir sobre as repercussões que a PE LIKE causa no organismo das gestantes. (RODRIGUES, 2021).[3] Relato de caso: Paciente do sexo feminino, W.Q.S., 25 anos, primigesta, grávida de 36 semanas e 5 dias, buscou atendimento médico no dia 13 de março de 2021, por demanda espontânea, com queixa de mialgia, coriza, febre intermitente, tosse seca com piora progressiva, associada à dispneia leve a moderada e odinofagia há 5 dias. Relatou também que outros parentes domiciliares apresentaram síndrome gripal. Realizou pré-natal de risco habitual, com apenas 4 consultas. Apresenta obesidade como comorbidade. Negou alergias, vícios ou uso de medicamentos contínuos. Ao exame físico, apresentou-se afebril, pressão arterial de 129/80 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm, frequência respiratória de 26 irpm e saturação de 95% em ar ambiente, porém, respiração com leve esforço respiratório. Admissão em Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Centro de COVID do Hospital Público Regional de Betim, por forte suspeita de COVID-19, onde realizou o exame RT-PCR para detecção do vírus SARS-CoV-2, com resultado positivo em 15 de março de 2021, além da realização de exames admissionais (Tabela 1) e solicitação de avaliação obstétrica. Iniciado o uso de azitromicina 500mg/dia, ceftriaxone 1g 12/12h e dexametasona 6mg/dia. Avaliada pelo plantão da obstetrícia, a paciente negou infecções do trato urinário e perdas vaginais (de líquidos ou sangramentos). Apresentou, também, queixa de epigastralgia e pirose retroesternal. Ao ultrassom obstétrico 13/03/21: feto único, cefálico, PBE 3387(+/- 15%) p>90, PBF 8/8, batimento cardíaco fetal 157. No dia 14 de março de 2021, 6º dia do início dos sintomas gripais, com idade gestacional de 36 semanas e 6 dias, apresentou um pico febril (temperatura axilar de 38.1C) e um pico subfebril (temperatura axilar de 37,5ºC), persistência de taquicardia e taquipnéia leve a moderada e uma medida de pressão arterial de 140/90 mmHg. Iniciou-se oxigenoterapia com cateter nasal - baixo fluxo (2L/min) e foram solicitadas propedêutica para Síndrome HELLP e curva pressórica rigorosa (Tabela 2). Iniciado metildopa 250mg 8/8h e enoxaparina profilática. Além disso, foi identificado o exame de relação proteína/creatinina com resultado de 0,63 mg/dl, confirmando então o diagnóstico de pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade. No dia 15 de março de 2021, 7º dia do

Resumo

início dos sintomas gripais, com idade gestacional de 37 semanas, a paciente apresentou piora do quadro com agitação, taquidispneia, taquicardia e dor suprapúbica persistente. Não houve registro de alterações pressóricas. Apresentou necessidade de aumento do fluxo de oxigênio por cateter nasal para 5 L/min e persistiu com a monitorização pressórica. Na madrugada do dia 16 de março de 2021, 8º dia do início dos sintomas gripais, com idade gestacional de 37 semanas e 1 dia, a paciente apresentou nova elevação pressórica de 150/80 mmHg, taquicardia, saturação de 94% em cateter nasal a 6L/min e iniciou queixa de contrações uterinas. Ao toque vaginal, foi constatada dilatação cervical de 3 centímetros, 60% de apagamento e ausência de perdas vaginais. Paciente foi avaliada a cada 2 horas e foi identificado trabalho de parto, sendo acompanhado pela equipe de plantonistas da obstetrícia. Nas avaliações seguintes, identificado oscilação da pressão arterial e progressão do trabalho de parto com dilatação cervical até 5 centímetros, quando paciente não tolerou mais a condução do trabalho de parto por piora do padrão respiratório, taquipneia importante com grande esforço respiratório e tiragem subcostal mesmo em uso de oxigênio suplementar por cateter nasal a 6L/min, mas vitalidade fetal preservada durante toda a avaliação. Optado então por cesariana por insuficiência respiratória aguda materna durante condução do trabalho de parto. Na manhã do mesmo dia, a paciente foi submetida à cesariana segmentar e o recém-nascido foi extraído vivo, com APGAR 8/9, sem intercorrências. Paciente se encontrava hemodinamicamente estável, afebril, com pressão arterial média de 70 mmHg, taquicardia e taquipneia. Foi solicitada vigilância pressórica intensa e manutenção do suporte intensivo.
No dia 17/03/2021, 1º dia pós-operatório, 5º dia em CTI e 9º dia do início dos sintomas gripais, a paciente encontrava-se hemodinamicamente estável, com queixa de dor em ferida operatória e PA em 130/89. Apresentou melhora da taquipnéia, sem esforço respiratório, e estava em uso de cateter nasal a 2L/min. O abdome não apresentava sinais de irritação peritoneal e o útero encontrava-se contraído na cicatriz umbilical. Nos dias seguintes, a paciente evoluiu com bom estado geral, com taquipnéia leve e mantido cateter nasal (2L/min), mas em redução até retirada, sem esforço respiratório, afebril e normocárdica. Por fim, no dia 20 de março de 2021, 12º dia do início dos sintomas gripais, a paciente encontrava-se hemodinamicamente estável, sem queixas, e apresentava bom padrão respiratório em ar ambiente (saturação de 98%). Sua pressão arterial era de 154/65 mmHg, mas devido à melhora significativa de seu quadro, paciente teve alta hospitalar com recomendações médicas.

Tabela 1: Propedêutica materna.

DATA	13/03	14/03	15/03	16/03	17/03	18/03
Hemoglobina	13	12,7		12,4		11,7
Heritrócito	38,3	37,9		36,4		33,4
Leucócitos totais	15.890	18.120		20.710		12.960
Plaqueta	181.000	195.000			278.000	
PCR	144,5		175,9			142,2
Creatinina	0,62	0,84	0,71			0,47
Relação proteína/creatinina		0,63				
Uréia	17	16	18			24
LDH	450	558	600			592
Bilirrubina total	0,37	0,37	0,54			0,45
Bilirrubina direta	0,21	0,21	0,23			0,24
Bilirrubina indireta	0,16	0,16	0,31			0,21

Fonte: Tabela elaborada pelos autores com base nos dados do prontuário da paciente

Tabela 2: Curva pressórica (em mmHg).

13/03	120x75	130x80							
14/04	140x80	136x87	140x80	136x87	138x87	133x76	140x80	135x73	140x80
15/03	120x70	118x70							
16/03	150x80	140x86	120x70	133x78					
17/03	130x89								
18/03	130x80	154x10	146x53						
19/03	146x53	154x65	120x80	154x64					
20/03	154x65								

Fonte: Tabela elaborada pelos autores com base nos dados do prontuário da paciente

Discussão: Durante a pandemia de COVID-19, percebeu-se uma síndrome clínica semelhante à Pré-Eclâmpsia, que é uma importante causa de morbimortalidade materna e fetal. A patogênese completa da PE ainda é pouco conhecida, o que dificulta a realização de prevenção primária contra a doença. Porém, acredita-se que a síndrome ocorre em função de modificação insuficiente da circulação uterina gestacional. Durante a gestação, é necessário que ocorra uma modificação nos vasos deciduais e nas artérias espiraladas do endométrio materno para que eles se tornem vasos de baixa resistência e de alto fluxo. Para isso, ocorre invasão do citotrofoblasto na camada média das artérias, o qual produz proteases e integrinas que destroem a camada muscular desses vasos, reduzindo a resistência vascular. Porém, caso essa invasão não ocorra, esses vasos permanecem com alta resistência e baixo fluxo, o que reduz a quantidade de sangue que será levado para a placenta. Assim, a placenta entra em situação de hipóxia e, por isso, ocorrem as alterações que geram a PE (FEBRASGO, 2018). A hipóxia placentária causa a liberação de fatores anti-neogênicos e reduz a produção de óxido nítrico, o que causa, respectivamente, redução da formação de novos vasos e vasoconstrição. Esses fatores também agem de maneira sistêmica, logo causam vasoconstrição, que gera aumento da resistência vascular periférica e elevação da pressão arterial (PA). Além disso, no sistema nervoso central, a vasoconstrição pode causar edema cerebral e convulsões. Nos rins, a vasoconstrição causa lesão dos glomérulos e dos túbulos renais, diminuindo a filtração glomerular e gerando proteinúria. Na placenta, essa vasoconstrição pode causar redução do suprimento sanguíneo para o feto, que gera hipóxia placentária e fetal. Por fim, no fígado, a vasoconstrição causa necrose hepatocelular, que gera

Resumo

elevação de enzimas hepáticas no sangue (FEBRASGO, 2018). Ademais, os fatores liberados pela hipóxia placentária geram estresse oxidativo, que causa lesão endotelial, cursando com o aumento da permeabilidade vascular, a qual provoca edema. A lesão endotelial gera maior tendência à formação de trombos, o que, junto à vasoconstrição causada pela PE, causa redução do lúmen dos vasos, danificando as hemácias e causando anemia hemolítica. Além disso, a formação de trombos gera um consumo exacerbado de plaquetas, fazendo com que a paciente curse com plaquetopenia. A manifestação clínica de anemia hemolítica, plaquetopenia e elevação de enzimas hepáticas caracteriza a Síndrome HELLP, que é uma forma de apresentação da PE e está presente em até 20% dos casos de PE (FEBRASGO, 2018). É importante ressaltar que para diagnosticar a PE, a paciente deve ter hipertensão arterial a partir da 20ª semana de gestação, sendo previamente normotensa, apresentar proteinúria e/ou confirmação de lesão em órgão-alvo. A hipertensão é definida como presença de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, e a proteinúria é definida como a perda de 300 mg ou mais em urina de 24 horas, ou relação proteína/creatinina (ambas em mg/dl) igual ou superior a 0,3 (FEBRASGO, 2017). No caso da paciente deste relato, o aumento progressivo de sua pressão arterial durante a gestação, considerando que ela era normotensa previamente, e a evidência de proteinúria (relação proteína/creatinina com valor de 0,63) no dia 14/03/2021, confirmaram o diagnóstico de PE. Após a confirmação desse diagnóstico, iniciou-se a propedêutica para Síndrome HELLP, mas como a paciente não apresentou anemia, nem plaquetopenia, essa hipótese foi descartada. Em relação à pandemia de COVID-19, considerando que as gestantes são um grupo vulnerável, estudos sugeriram que elas apresentam maior risco de severidade da doença, quando comparado com a população geral. Durante a revisão bibliográfica para esta pesquisa, foi observado que as gestantes contaminadas por SARS-CoV-2 estão mais susceptíveis a apresentarem repercussões clínicas parecidas com a Pré-Eclâmpsia. É importante ressaltar que a fisiopatologia desse quadro, específico em grávidas contaminadas pelo vírus da COVID-19, não é a mesma fisiopatologia da PE em pacientes que não estejam infectadas pelo vírus, apesar de apresentarem sintomatologia semelhante. Dessa forma, foi criado o termo "síndrome semelhante a Pré-Eclâmpsia" para designar as gestantes contaminadas por COVID-19, que apresentam sintomatologia parecida com a PE (DE ALBUQUERQUE, Lidiane Pereira; MONTE, Ana Vitória Leite; DE ARAÚJO, Regina Maria Sousa, 2020; MENDOZA, 2020). As manifestações clínicas das pacientes grávidas com COVID-19 variam de assintomáticas a sintomáticas muito graves, com sintomatologia semelhante ao quadro de pacientes não gestantes. Ademais, foi evidenciado o aumento de alterações endoteliais vasculares, causando hipertensão e proteinúria (alterações que remetem à PE). Nesse sentido, foi descrito na literatura que a exacerbação inflamatória decorrente da COVID-19 pode causar, em gestantes, uma síndrome semelhante a Pré-Eclâmpsia (PE LIKE), que possui mecanismos fisiopatológicos parecidos com a PE, mas alterações enzimáticas causadas especificamente pelo SARS-CoV-2, que diferenciam as duas síndromes (DE SOUZA et. al, 2020; BHERING *et al.*, 2021). Ao infectar a célula hospedeira humana, o vírus se liga através da glicoproteína S no receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA-2), inativando-a. A ECA-2, expressa na maioria dos órgãos, como pulmões, coração, vasos sanguíneos, rins, fígado e cérebro, possui como função converter a angiotensina II (Ang II), uma substância vasoconstritora, em angiotensina 1-7 (Ang 1-7), que possui ação vasodilatadora. Sendo assim, o aumento dos níveis de Ang II no organismo altera a permeabilidade vascular e desbalanceia o sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA), o que altera o sistema cardiovascular, causando, sobretudo, vasoconstrição e hipertensão arterial, além de contribuir na exacerbação do processo inflamatório. Após a internalização do vírus, inicia-se o processo de replicação, o que leva a inúmeras alterações, principalmente no endotélio vascular e alveolar (RODRIGUES *et al.*, 2021). A Síndrome PE LIKE foi identificada em gestantes que apresentaram quadros severos da COVID-19, principalmente aquelas que evoluíram com pneumonia grave. A Ang II é altamente expressa na placenta e tem como função auxiliar na regulação da pressão materna durante a gestação. Após a inativação da ECA-2 em decorrência da infecção pelo SARS-CoV-2, o acúmulo de Ang II causa alterações significativas para a gestante e para o feto. A elevação plasmática de Ang II leva a uma vasoconstrição sistêmica. Assim, a gestante pode desenvolver um quadro de hipertensão, proteinúria, elevação das enzimas hepáti-cas, lesão endotelial e, consequentemente, trombocitopenia, além de redução do fluxo sanguíneo fetal (RODRIGUES, 2021). Nesse sentido, os sinais e sintomas causados pela infecção por COVID-19 são semelhantes aos causados pela PE, o que gera intervenções desnecessárias nas pacientes. Por esse motivo, é essencial que os médicos saibam diferenciar as duas patologias. O diagnóstico diferencial entre a Síndrome PE LIKE e PE se dá a partir da análise de dois biomarcadores, o fator solúvel tipo tirosina-quinase (sFlt-1) e fator de crescimento placentário (PIGF), dos níveis séricos de desidrogenase lática (LDH) e do índice de pulsatilidade da artéria uterina (UtAPI). O sFIt-1 é um antagonista do fator de crescimento endotelial vascular envolvido na angiogênese e na circulação sistêmica. O PIGF é uma glicoproteína importante na regulação da angiogênese, tendo sua concentração elevada em gestantes hígidas. A análise desses biomarcadores é feita com base na relação deles (sFlT-1/PlGF), através de um teste rápido. Essa medida auxilia na previsão, diagnóstico e monitorização da PE (GOMES, CABRAL & TEIXEIRA, 2019; MENDOZA *et al.*, 2020). Em gestantes com PE temos aumento da concentração de sFlT-1, o que gera uma deficiência na angiogênese placentária, além de desencadear lesões endoteliais, já o PiGF nessas pacientes está diminuído. Consequentemente, temos aumento da razão sFlT-1/PlGF. Além disso, na PE, temos diminuição do índice de pulsatilidade das artérias e aumento do LDH, que ocorre em decorrência da destruição da camada muscular dos vasos do endométrio. Essas alterações não são observadas na Síndrome PE LIKE, uma vez que esses marcadores estão normais. Ademais, os sintomas da Síndrome PE LIKE desaparecem de forma espontânea após a recuperação do quadro de COVID-19, diferente da PE, na qual os sintomas regridem após o parto, o que torna mais evidente o fato dessas alterações não serem decorrentes de alterações placentárias e sim da infecção viral (BHERING *et al.*, 2021; GOMES, CABRAL & TEIXEIRA, 2019; RODRIGUES, 2021; MENDOZA *et al.*, 2020). No relato de caso descrito, a paciente permaneceu com a pressão arterial elevada, mesmo após o parto (Tabela 2), evidenciando que sua condição se tratava de uma PE LIKE, e não de uma Pré-Eclâmpsia habitual. Dessa forma, fica evidente o impacto do SARS-CoV-2 nessa gestante. Portanto, é importante ressaltar que mulheres grávidas contaminadas por COVID-19, principalmente as que evoluíram para um quadro grave, estão susceptíveis a desenvolver PE LIKE, que pode ser diferenciada da PE pelos biomarcadores sFlt-1/PIGF, LDH, UtAPI, e pelo desfecho do quadro clínico. Além disso, pelo fato de a COVID-19 ser uma doença recente, são necessários mais estudos para compreender melhor a relação da PE LIKE com a infecção pelo SARS-CoV-2, e as consequências desse quadro clínico para as gestantes. Assim, os profissionais da saúde estarão mais aptos para lidar com situações semelhantes à da paciente neste relato de caso.

Referências:
Bhering NBV, Matias IS, Lommez IMM, Madrona JDM, Melo JKA, Casteletti JB, *et al.* A Síndrome Semelhante a Pré-eclâmpsia induzida pela COVID-19: Uma Revisão da Literatura. Brazilian Journal of Health Review. 2021;4(2):4493-4507.
Souza HCC, Matos MMR, Costa RA, Lima MAC, Cardoso AS, Bezerra MM. COVID-19 e gestação: manifestações clínicas, alterações laboratoriais e desfechos maternos, uma revisão sistemática de literatura. Brazilian Journal of Health Review. 2020;3(6):15901-15918.
Albuquerque LP, Monte AVL, Araujo RMS. Implicações da COVID-19 para pacientes gestantes. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020;12(10):e4632-e4632.
Gomes HCS, Cabral ACV, Teixeira PG. Biomarcadores utilizados na predição de pré-eclâmpsia. 1998;28:e-1998.
Mendoza M, Garcia-Ruiz I, Maiz N, Rodo C, Garcia-Manau P, Serrano B, *et al.* Pre-eclampsia-like syndrome induced by severe COVID-19: a prospective observational study.BJOG. 2020;127(11):1374-1380.
Rodrigues MCB, *et al.* Tempestade de citocinas em pacientes com quadro grave de COVID-19. COVID-19: o vírus que movimentou a ciencia. 2021;02:332-340.
Fernandes CE, Burlá M, Mariani Neto C, Sá MFS, Andrade JBB, Garcia AB, *et al.* Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2017.
Rodrigues L. Mortalidade materna por Covid-19 é 2,5 vezes maior que taxa nacional. Agência Brasil [serial on the Internet]. 2021 jun [acesso 2021 nov 17]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-06/mortalidade-materna-por-covid-19-e-25-vezes-maior-que-taxa-nacional. Acesso em: 17 de nov de 2021.
Peraçoli JC, Borges VTM, Ramos JGL, Cavalli RC, Costa SHAM, oliveira LG, *et al.* Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Femina; 2019;47(5).

Resumo

REFRATARIEDADE NO TRANSTORNO BIPOLAR E NA ESCLEROSE MÚLTIPLA PRIMÁRIA PROGRESSIVA: UM RELATO DE CASO

Rafael Nogueira Gingold[1], Pedro Henrique Pardini Pimentel[1], Breno Fiuza Cruz[2], Izabela Guimarães Barbosa[2].

1 Médico Residente de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2 Professor adjunto do departamento de Saúde Mental da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil.
Rafael Nogueira Gingold: e-mail: r.n.gingold@gmail.com; ID Lattes: 9791812431838309

Introdução: Apresentaremos o caso de um paciente com transtorno bipolar grave e refratário, com esclerose múltipla progressiva (EMP) comórbida, cujos episódios de humor têm se associado a surtos da EMP. Descrição do Caso: Trata-se de MRR, sexo masculino, 32 anos, ensino médio completo, solteiro, sem filhos, aposentado por invalidez, reside com a mãe. Paciente com quadro de dependência de múltiplas substâncias desde seus 16 anos. Diagnóstico de transtorno bipolar aos 24 anos, após episódio de mania com sintomas psicóticos. Desde então, vem em acompanhamento no ambulatório de Transtorno Bipolar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), em uso de risperidona e lítio, com bom controle dos episódios de humor. Aos 25 anos apresentou um surto de Esclerose Múltipla, com internação no setor de neurologia do HC-UFMG e interrompeu o uso de substâncias psicoativas. Aos 27 anos, novo surto de EMP, iniciou com sintomas obsessivos, com conteúdo de violência e/ou cunho sexual, voltados principalmente para crianças, o que impossibilitava o paciente em seu convívio com seu sobrinho e demais crianças. O paciente apresentou melhora com o uso de Ácido Valpróico; Lítio; Clozapina; e Clomipramina, associado a sessões de terapia cognitivo-comportamental. Aos 29 anos, cursou com fraqueza muscular e disartria, por possível agudização do surto da EMP, e com episódio de hipomania que foi remitido com Ácido Valpróico, Lítio, Clozapina e Clorpromazina. Aos 30 anos após novo surto de EMP, com internação no setor de neurologia do HC-UFMG, sem exacerbação do quadro psiquiátrico. Aos 31 anos, devido à falta de medicações no sistema único de saúde, o paciente apresentou novo episódio de hipomania. Após remissão de 11 meses do quadro de humor, o paciente apresentou novo surto de EMP, com hipotonia de músculos cervicais, e quadro depressivo grave e ideação suicida. Está atualmente em uso de Clozapina 400 mg/d; Lítio 900 mg/d (litemia de 1,4 mEq/L); Ácido Valpróico 1000 mg/d; Atropina 2 gotas/dia; Clomipramina 50 mg/d, e telemonitoramento pela equipe de enfermagem. Em relação à EMP, aguarda a liberação de alentuzumab, devido à refratariedade com o uso de Glatiramer, Natalizumabe e Fingolimode e encontra-se em uso de vitamina D 50.000UI/semana. Apresenta como comorbidade clínica hipercolesterolemia, em uso de sinvastatina 40mg/d. Conclusão: A refratariedade dos episódios de humor no transtorno bipolar pode ser agravada por comorbidades não-psiquiátricas e requerem o tratamento multidisciplinar do paciente.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar. Esclerose Múltipla.

Resumo

RELATO DE CASO: TUMOR DE VENTRÍCULO DIREITO EM PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDA

Adson Patrik Vieira Carvalho[1], Paula Salgado Rabelo[2], Silvio Amadeu de Andrade[3], Jussara Kellen Andrade Resende[4], Clarice Duarte Rodrigues Junqueira[4]

1Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2Residente de Gastroenterologia do Hospital da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil.
3Coordenador do Serviço de Transplante Cardíaco do Hospital da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil.
4Faculdade de Medicina da Faculdade de Minas (FAMINAS-BH), Belo Horizonte, MG – Brasil.

Adson Patrik Vieira Carvalho: adsonpatrik@hotmail.com; ID Lattes: 5878672189926112

Introdução: O fibroma cardíaco é uma neoplasia cardíaca benigna rara, condicionado principalmente a faixa etária pediátrica, e com raros relatos na fase adulta. Geralmente está localizado nos ventrículos, com menor prevalência nos átrios. A depender de sua evolução o tumor pode acarretar em insuficiência cardíaca congestiva intratável, bloqueio do sistema de condução, arritmia, disfunção valvar, obstrução da entrada e/ou saída ventricular, obstrução da artéria coronária e morte súbita, dependendo do seu tamanho e localização. Descrição do Caso: Paciente sexo feminino, 22 anos, previamente hígida, com início de quadro de dor torácica em 2017, associado à dispneia, episódios de síncope e palpitação. Iniciado propedêutica que evidenciou através de ressonância magnética massa infiltrando a parede livre do ventrículo direito do miocárdio promovendo obstrução dinâmica da cavidade ventricular, com maiores diâmetros de 66 x41x64 mm (Figura 1). Em Holter de 24h presença de inúmeros episódios de extrassístoles e taquicardias ventriculares não sustentadas. Ao exame físico ausculta cardíaca com ritmo regular e presença de extrassístoles, sem outras alterações. Durante internação em sua cidade natal manteve-se quadro de dor torácica recorrente e síncope. Transferida para hospital de grande porte para extensão de propedêutica realizou-se exames de imagens de tórax, abdômen e pelve para estadiamento e não evidenciou-se lesões à distância. Após avaliação da cirurgia vascular realizou-se ressecção completa de tumor e reconstrução da cavidade ventricular com enxerto de patch de pericárdio bovino, com peça enviada para patologia que resultou tumoração fibrocolagenizada e imuno-histoquímica conclusiva para fibroma cardíaco. Não houve recorrência dos sintomas após procedimento, recebendo alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial.



Figura 1: Tumor em Ventrículo Direito em Angiotomografia de coronárias. (Imagem da paciente)

Conclusão: O fibroma cardíaco, apesar de benigno e raro, é a causa mais comum de arritmias relacionado com risco de vida e até morte súbita. O diagnóstico precoce promove ao paciente a chance de um melhor prognóstico com abordagens não tão agressivas, a depender do caso sendo possível até um tratamento conservador. No caso descrito foi realizado a ressecção total do tumor com um pós operatório com boa evolução clínica, sem recorrência dos sintomas até a presente data.

Palavras-chave: Fibroma. Neoplasias Cardíacas.

REFERÊNCIAS:
1- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Rep. 2003 Jul-Aug;118(4):293-302.
2- Cho SH, Fritz T, Cronin LJ, Cohle SD. Primary Cardiac Fibroma in an Adult. Case Rep Cardiol. 2015;2015:713702.
3- Ikegami H, Lemaire A, Gowda S, Fyfe B, Ali M, Russo MJ, *et al.* Case report: surgical resection of right ventricular cardiac fibroma in an adult patient. J Cardiothorac Surg. 2021 May 20;16(1):136.
4- Horovitz A, van Geldorp IE, Roubertie F, Thambo JB. Large right ventricular fibroma in a 6-month-old infant. Pediatr Cardiol. 2012 Dec;33(8):1458-60.
5- Torimitsu S, Nemoto T, Wakayama M, Okubo Y, Yokose T, Kitahara K, *et al.* Literature survey on epidemiology and pathology of cardiac fibroma. Eur J Med Res. 2012 Mar 27;17(1):5.
6- Cho JM, Danielson GK, Puga FJ, Dearani JA, McGregor CG, Tazelaar HD, *et al.* Surgical resection of ventricular cardiac fibromas: early and late results. Ann Thorac Surg. 2003 Dec;76(6):1929-34.
7- Jha NK, Kiraly L, Tamas C, Talo H, Khan MD, El Badaoui H, Jain A, Hammad A. Large cardiac fibroma and teratoma in children- case reports. J Cardiothorac Surg. 2015 Mar 22;10:38.

Resumo

RELATO DE CASO: CUIDADO PALIATIVO DE UM PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Letícia Lobato Tavares[1], Ana Maria Azeredo de Souza Moreira[1], Beatriz Santos Cunha[1], Karoline Dutra de Sousa[1], Pedro Souto Borges[1], Carolina Augusta Pereira Penido[2]

[1] Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Contagem, MG – Brasil.
[2] Docente do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Contagem, MG – Brasil.

Letícia Lobato Tavares: leticia.lobato@sga.pucminas.br; ID Lattes: 0833398318457907

Os cuidados em saúde mental englobam os cuidados paliativos, haja vista a necessidade em reduzir os sintomas e sofrimento dos pacientes, em vez de objetivar a remissão ou modificação da doença. O presente caso trata-se de J.M.N, masculino, 68 anos, residente de Contagem. Solteiro, pai de 5 filhos, residia com mãe idosa, irmã e cunhado. Antecedentes pessoais de tabagismo, etilismo pesado e outras drogas ilícitas. Apresentava quadro de demência, esquizofrenia, incontinência urinária e imobilidade, dependendo, portanto, dos cuidados de terceiros para AVDs instrumentais e básicas. Capacidade comunicativa comprometida. Estava em acompanhamento médico pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Unidade Básica de Saúde (UBS) de onde residia, tinha visitas constantes do NASF e era acompanhado pelo geriatra. A esquizofrenia foi diagnosticada ainda na adolescência, com apresentação de alucinações auditivas e "mania de perseguição". Desde abril de 2021, paciente apresentou um declínio progressivo em seu quadro: problemas relacionados ao sono, alteração no comportamento com episódios de extrema agressividade, tanto verbal quanto física. Nos meses seguintes, se tornou mais apático e deixou de estabelecer contato verbal, comunicando-se apenas por gestos e, no final do mesmo ano, o paciente já apresentava indicação de visitas domiciliares (VD) pela dificuldade em comparecer à UBS. No ano seguinte, já não aceitava mais os alimentos, apresentava lesões por pressão em calcâneos e na região sacral, com a presença de tecido necrótico. A conduta proposta pelos profissionais foi orientação de mudança de decúbito do paciente, uso de coxins entre MMII e encaminhamento à UPA para avaliação de úlceras por pressão e possibilidade de introdução de sonda nasoenteral. Paciente foi inserido no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e, em VD seguinte, já apresentava o uso da sonda nasoenteral e ataduras nos calcâneos ulcerados. No dia 24 de março de 2022, em VD realizada por acadêmicos, após queixa de cuidadores e exame físico, foi estabelecida hipótese diagnóstica de pneumonia por aspiração. A família foi orientada quanto à necessidade de busca do serviço de emergência em caso de piora do quadro. Em 30 de março de 2022, J.M.N recebeu sua última VD, sem prognóstico de melhora, vindo a falecer no dia 11 de abril de 2202. Diante de uma perspectiva de adoecimento mental em vigência de um quadro crônico debilitante e de intenso sofrimento psíquico, os cuidados paliativos podem ser uma estratégia de intervenção positiva, sobretudo, na busca de uma prática mais humanizada na saúde, coerente com os seus preceitos que buscam amenizar o sofrimento, ofertando uma qualidade de vida no âmbito emocional, social, econômico e espiritual.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Serviços de Assistência Domiciliar. Visita Domiciliar. Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

1. Alves RF, Andrade SFO, Melo MO, Cavalcante KB, Angelim RM. Cuidados paliativos, desafios para cuidadores e profissionais. Fractal, Rev. Psicol. 2015;27(2):165-176.
2. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. Rev Neurocienc. 2001;9(3):111-7.
3. Ministério da Saúde (BR). Caderno de atenção domiciliar. 1 v. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf>.
4. Ministério da Saúde (BR). Caderno de atenção domiciliar. 2 v. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho nacional de saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, a luz dos cuidados continuados integrados no âmbito SUS. Diário Oficial da União. Brasília nº 209, 30 out. 2018, seção 1, p 57.
6. Braga PP, de Sena RR, Seixas CT, de Castro EA, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde [Supply and demand in home health care]. Cien Saude Colet. 2016 Mar;21(3):903-12.
7. Góis JAP. Relatório de Prática Clínica: cuidados paliativos em doentes com esquizofrenia [dissertação de mestrado]. Portugal: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2021.
8. Gomes AJLF, Ribeiro FS, Correa VAC, Oliveira LSM, Omura KM. A relação entre saúde mental e cuidados paliativos: percepções de terapeutas ocupacionais da rede psicossocial. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. 2019; 7(1): 32-40.
9.Silva EA. Produção de cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

Resumo

SARCOIDOSE COMPLICADA COM PIODERMA GANGRENOSO PÓS LACERAÇÃO PERINEAL NO PARTO: RELATO DE CASO

Maria Laura de Sousa Cardoso[1], Inessa Beraldo de Andrade Bonomi[2], Ana Christina de Lacerda Lobato[2], Maria Inês de Miranda Lima Mirian[3], Viviane Maciel Barros Guimarães[4], Sinara Mônica de Oliveira Leite[5]

1 Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Júlia Kubitschek/ FHEMIG, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2 Mestre em Perinatologia, Hospital Júlia Kubitschek/ FHEMIG, Belo Horizonte, MG – Brasil.
3 Doutora em Ginecologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil.
4 Mestre em Ginecologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil.
5 Coloproctologista, Doutora em Clínica Médica/ Biomedicina, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil.
Maria Laura de Sousa Cardoso: marialauracardoso46@gmail.com; ID Lattes: 1562042541539382

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica, caracterizada pelo acúmulo de linfócitos e monócitos, com formação de granulomas não caseosos nos tecidos. O acometimento pulmonar ocorre em 90% dos casos, sendo descritas também manifestações extrapulmonares: cutâneas, oculares, cardíacas, neurológicas e renais. O pioderma gangrenoso é uma dermatose neutrofílica incomum que se apresenta como uma reação inflamatória e ulcerativa da pele. A associação entre ambos é rara. Paciente NSG, feminina, 35 anos, G2PN2, com quadro de lesão perineal deiscente em fúrcula vaginal com processo inflamatório e ulcerativo crônico. Os sintomas iniciaram logo após o parto, como deiscência de rafia de laceração perineal de 2° grau, sem episiotomia. Foram feitas duas biópsias, ambas compatíveis com granuloma piogênico. Evoluiu com extensão da ulceração após abordagens cirúrgicas e 7 meses após o aparecimento da ferida, iniciou com quadro de poliartrite assimétrica de pequenas articulações, astenia e surgimento de múltiplos nódulos subcutâneos dolorosos. Associado, perda de 10kg desde o período pré-gestacional. Comorbidades: pré-eclâmpsia no pós parto imediato. Na infância, cirurgia para correção de hérnia inguinal e, na vida adulta, duas cirurgias plásticas, todas sem alterações cicatriciais. Praticava atividade física e negava vícios. Exame físico: diversos nódulos subcutâneos dolorosos ao toque em tronco e membros. Exame ginecológico: lesão secretiva, aspecto fibrinoso, em fúrcula vaginal acometendo mucosa, sem áreas de necrose ou material purulento e ausência de comunicação entre mucosas vaginal e retal ao toque. Swab de exsudato da ferida: cultura negativa. Biópsia da úlcera genital: pioderma gangrenoso. Biópsia de nódulo subcutâneo: eritema nodoso. Tomografia: nódulo regular, densidade partes moles de 0,6 cm em base de pulmão direito. Propedêutica reumatológica sem alterações importantes, apenas VHS discretamente aumentado. Descartadas hepatites B, C, sífilis, HIV, HTLV, tuberculose e Covid-19. Feito diagnóstico de sarcoidose complicada com pioderma gangrenoso, iniciado tratamento imunossupressor sistêmico e tópico, com cicatrização da lesão perineal e regressão dos demais sintomas. A associação entre sarcoidose e pioderma gangrenoso é raramente encontrada na literatura, principalmente no período gravídico puerperal, portanto o relato do caso chama atenção para a pesquisa de doenças reumatológicas em casos de cicatrização difícil no pós-parto.

Palavras-chave: Gravidez. Parto. Períneo. Sarcoidose. Pioderma Gangrenoso.

Resumo

SARCOIDOSE PERITONEAL MIMETIZANDO TUBERCULOSE PERITONEAL: UM RELATO DE CASO

Jorge Walker Vasques Del Aguila[1], Jéssica Moreira Santos[2]

1Docente na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil.
2Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
Jorge Walker Vasques Del Aguila: jorgevda@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7469-9438

Introdução: A sarcoidose é uma doença idiopática, caracterizada pela presença de granulomas. Pode acometer qualquer órgão, sendo o pulmão e os linfonodos, os locais mais comuns. Em cerca de 30% dos casos há acometimento extrapulmonar. Contudo, o acometimento do abdome é raro e quando ocorre, costuma atingir o fígado. A sarcoidose peritoneal consiste em uma rara manifestação desta doença. O paciente, tipicamente, cursa com sintomatologia indistinguível da carcinomatose peritoneal e tuberculose peritoneal. Os sintomas mais reportados são: ascite, dor abdominal, perda de peso e febre. Os achados nos exames de imagem destas doenças também são semelhantes. O correto diagnóstico é essencial, já que o tratamento destas doenças difere totalmente. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de sarcoidose peritoneal. Descrição do caso: paciente do sexo feminino, 29 anos, com história patológica pregressa de tuberculose (TBC) ganglionar diagnosticada há dois anos. Paciente evoluiu com síndrome consumptiva, febre vespertina e dor abdominal. A propedêutica realizada incluiu hemoculturas, exames laboratoriais, e tomografia de tórax e abdome (TC). A TC, mostrou ascite e linfonodomegalia retroperitoneal com necrose central, sugestiva de TBC. Foi submetida a duas laparoscopias exploradoras com biopsia, cultura e PCR para TBC e micoses profundas. Todos os achados foram negativos. Finalmente, a biopsia da segunda laparoscopia mostrou numerosos granulomas epitelóides, com células gigantes multinucleadas e infiltrado inflamatório, achados sugestivos de sarcoidose. A paciente recebeu tratamento com corticoides orais e houve remissão do quadro. Conclusão: A tuberculose peritoneal está comumente associada com quadro de síndrome consumptiva, nódulos peritoneais e ascite. Contudo, este relato de caso demonstra que a sarcoidose peritoneal deve ser considerada como diagnóstico diferencial nestes casos. Na paciente em questão, houve como fator de confusão a história pregressa de tuberculose. Ambas as entidades estão comumente associadas com quadros de síndrome consumptiva, nódulos peritoneais e ascite. Nesse cenário, a laparoscopia exploradora e o exame anatomopatológico resultam de vital importância para o diagnóstico e tratamento adequado. Existem poucos relatos de sarcoidose peritoneal na literatura, e nenhum caso reportado no Brasil.

Palavras-chave: Sarcoidose. Laparoscopia. Granuloma.

REFERÊNCIAS

1. Lee SW, Lee MH, Lee JE, Choi SY, Yi BH, Jung JM. Peritoneal sarcoidosis: A case report. Medicine (Baltimore). 2019 Jun;98(24):e16001.

2. Oliveira AA, Morais J, Pires O, Marques IL. Peritoneal carcinomatosis: the importance of laparoscopy. BMJ Case Rep. 2021 Oct 1;14(10):e243972.

3. Roh WS, Lee S, Park JH, Kang J. Abdominal Sarcoidosis Mimicking Peritoneal Carcinomatosis. Ann Coloproctol. 2018 Apr;34(2):101-105.

4. Trindade Filho JO, Amaro KDS, Oliveira ADT, Gomes CNAP, Costa HF, Trajano VN. The importance of histopathology in the diagnosis of isolated renal sarcoidosis: a case report. J Bras Nefrol. 2018 Jul-Sep;40(3):291-295.

5. Ungprasert P, Carmona EM, Crowson CS, Matteson EL. Diagnostic Utility of Angiotensin-Converting Enzyme in Sarcoidosis: A Population-Based Study. Lung. 2016 Feb;194(1):91-5.

Resumo

SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA DO TRANSPORTADOR DE GLICOSE TIPO 1 (GLUT1): UMA SÉRIE DE CASOS

Lívia Maria Ferreira Sobrinho[1], Lilia Farret Refosco[1], Fabiano Oliveira Poswar[1], Carolina Fischinger Moura de Souza[1], Ida Vanessa Doederlein Schwartz[1]

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS - Brasil.
Lívia Maria Ferreira Sobrinho: liviafarma2008@hotmail.com; Orcid: 0000-0003-4816-3899

Introdução: A Síndrome da Deficiência de Transportador de Glicose do tipo 1 (GLUT1) é uma condição genética, de herança autossômica dominante, e corresponde a um espectro de sinais e sintomas, no qual incluem, crises convulsivas, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência intelectual, distúrbios de movimento, disartria e microcefalia pós-natal. A presença e a gravidade dos sintomas são variáveis. O tratamento sintomático consiste na dieta cetogênica, que permite o fornecimento de energia para o cérebro através da cetose sustentada e contínua. Objetivos: Apresentar a experiência do Serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS no acompanhamento clínico de pacientes com Síndrome da Deficiência de GLUT1 que foram tratados com dieta cetogênica clássica. Métodos: Trata-se de estudo retrospectivo de séries de casos. Foram revisados dados retrospectivos dos pacientes e descritas as características genotípicas e fenotípicas. Resultados: Cinco pacientes, três do sexo masculino, com idade entre três anos e sete meses e 35 anos foram incluídos no estudo. Todos os pacientes apresentavam diagnóstico clínico e genético da Síndrome da Deficiência do Transportador de GLUT1. Pacientes apresentavam atraso variável do desenvolvimento neuropsicomotor e distúrbio de movimento. Quatro pacientes tinham histórico de convulsão. Todos realizam tratamento com dieta cetogênica. A idade ao diagnóstico variou entre 3 e 30 anos. A idade de início da dieta também variou de três anos a 30 anos. Três pacientes apresentavam crises convulsivas no momento do início da dieta cetogênica e houve controle das crises após o inicio da dieta. Os efeitos colaterais mais comumente relatados foram náusea e constipação intestinal. Houve melhora nos sintomas de ataxia e do atraso motor em todos os pacientes. Conclusões: Na Síndrome da deficiência de GLUT1, o transporte de glicose no cérebro encontra-se deficiente, causando déficit energético e justificando as manifestações neurológicas. Os sintomas geralmente melhoram substancialmente quando uma dieta cetogênica é iniciada precocemente. Nesse sentido, o diagnóstico deve ser estabelecido precocemente pela possibilidade do sucesso terapêutico com o manejo nutricional adequado.

Palavras-chave: Transportador de Glucose Tipo 1. Dieta Cetogênica. Epilepsia.

Referências:
1. De Vivo DC, Trifiletti RR, Jacobson RI, Ronen GM, Behmand RA, Harik SI. Defective glucose transport across the blood-brain barrier as a cause of persistent hypoglycorrhachia, seizures, and developmental delay. N Engl J Med. 1991 Sep 5;325(10):703-9.
2. Klepper J, Akman C, Armeno M, Auvin S, Cervenka M, Cross HJ, *et al.* Glut1 Deficiency Syndrome (Glut1DS): State of the art in 2020 and recommendations of the international Glut1DS study group. Epilepsia Open. 2020 Aug 13;5(3):354-365
3. Hildebrand MS, Damiano JA, Mullen SA, Bellows ST, Oliver KL, Dahl HH, *et al.* Glucose metabolism transporters and epilepsy: only GLUT1 has an established role. Epilepsia. 2014 Feb;55(2):e18-21.
4. Kramer J, Smith L. Ketogenic Diet in Glut 1 Deficiency Through the Life Cycle: Pregnancy to Neonate to Preschooler. Child Neurol Open. 2021 Sep 13;8:2329048X211034655.
5. Diaz J, Fonseca AG, Arboleda R, Frade A, Gennaro MP, Jayakar P, *et al.* Case Report: The Association of Wilson Disease in a Patient With Ataxia and GLUT-1 Deficiency. Front Pediatr. 2021 Oct 5;9:750593.
6. Scoppola C, Magli G, Conti M, Fadda M, Luzzu GM, Simula DM, *et al.* CACNA1A-Linked Hemiplegic Migraine in GLUT 1 Deficiency Syndrome: A Case Report. Front Neurol. 2021 May 31;12:679354.
7. Wood AM, Geddes GC, Marashly A. Language regression, hemichorea and focal subclinical seizures in a 6-year-old girl with GLUT-1 deficiency. Epilepsy Behav Rep. 2019 Oct 24;14:100340.
8. Daci A, Bozalija A, Jashari F, Krasniqi S. Individualizing Treatment Approaches for Epileptic Patients with Glucose Transporter Type1 (GLUT-1) Deficiency. Int J Mol Sci. 2018 Jan 5;19(1):122.
9. Ismayilova N, Hacohen Y, MacKinnon AD, Elmslie F, Clarke A. GLUT-1 deficiency presenting with seizures and reversible leukoencephalopathy on MRI imaging. Eur J Paediatr Neurol. 2018 Nov;22(6):1161-1164.

Resumo

SÍNDROME DE ACHENBACH EM UMA MULHER JOVEM: ASPECTOS DE UM CASO

Olivia Franco dos Santos[1], Nathalia Noyma Sampaio Magalhães[2], Luisa de Oliveira Werneck Rodrigues[3], Renato Lourenço de Medeiros[4], Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues[5]

1 Médica da Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG – Brasil.
2 Graduanda em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA) , Juiz de Fora, MG – Brasil.
3 Graduada em Biotecnologia pela Carleton University – Canadá
4 Residente em Clínica Médica, especialização no Hospital Sírio-Libanês, Juiz de Fora, MG – Brasil.
5 Docente no Centro Universitário Presidente Antônio Carlos e Médica na Fundação Hemominas Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG – Brasil.

Olivia Franco dos Santos: olivia.sfranco@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-0903-8748

Introdução: A Síndrome de Achenbach (SA) ou Síndrome do Dedo Azul foi descrita pela primeira vez por Walter Achenbach em 1958. Trata-se de uma condição rara, benigna e de caráter intermitente que cursa com dor e hematomas paroxísticos em um ou mais dedos. A fisiopatologia ainda não foi totalmente estabelecida, entretanto, como as manifestações clínicas são desencadeados por atividades do dia-a-dia, teoriza-se que a fragilidade vascular local determine microhemorragias capilares, relacionadas à idade e pequenos traumas. A SA pode ser desencadeada por estresse emocional. A prevalência é desconhecida e, de acordo com Jimémenez *et al.* (2017), as mulheres entre 30 e 40 anos de idade são mais afetadas. O objetivo do trabalho é relatar um raro caso de SA em uma mulher jovem. Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 19 anos, encaminhada ao Serviço de Hematologia com quadro de hematoma agudo doloroso no quinto dedo da mão esquerda, com episódios recorrentes de "dedos azuis" há três meses sem história de trauma, com resolução de forma espontânea. Encontrava-se com labilidade emocional e choro fácil. Ao exame físico, foi identificado edema até o nível da articulação metacarpofalangeana, com presença de hematomas em ambas as faces da mão, mais intensos na região palmar. Pulsos arteriais encontravam-se presentes. Foram solicitados exames completos da coagulação, hemograma completo, perfil reumatológico, hepático e renal além de estudo com Doppler venoso e arterial de membro superior esquerdo com resultados dentro da normalidade. O diagnóstico de SA foi feito. A SA é um diagnóstico de exclusão, sendo necessário descartar patologias tais como fenômeno de Raynauld, isquemia aguda de membro, doença de Buerger, vasculites, Síndrome de Gardner-Diamond, hematoma traumático e acrocianose. A recorrência e intermitência das lesões tipo "dedos azuis" associada a exames normais foi crucial para o diagnóstico de SA. Conclusão: A SA é uma síndrome benigna e autolimitada, sem necessidade de tratamento específico e que deve ser lembrada em pacientes com dedos azuis sem etiologia. Os pacientes devem ser orientados quando à possibilidade de recorrência dos sintomas para reduzir a ansiedade, visto que a manifestação clínica pode ser extensa e alarmante.

Palavras-chave: Cianose. Diagnóstico Diferencial. Hematoma. Transtornos da Coagulação Sanguínea.

Referências:

1. Young B, Okera S. Recurrent subconjunctival haemorrhage in Achenbach's syndrome. Clin Exp Ophthalmol. 2018 Nov;46(8):965-966.
2. Kordzadeh A, Caine PL, Jonas A, Rhodes KM, Panayiotopolous YP. Is Achenbach's syndrome a surgical emergency? A systematic review. Eur J Trauma Emerg Surg. 2016 Aug;42(4):439-443.
3. Takeuchi H, Uchida HA, Okuyama Y, Wada J. Acute idiopathic blue fingers: a young man with Achenbach's syndrome. BMJ Case Rep. 2016 Apr 18;2016:10.1136/bcr-2016-214491.
4. Frerix M, Richter K, Müller-Ladner U, Hermann W. Achenbach's syndrome (paroxysmal finger hematoma) with capillaroscopic evidence of microhemorrhages. Arthritis Rheumatol. 2015 Apr;67(4):1073.
5. Yamamoto Y, Yamamoto S. Achenbach's Syndrome. N Engl J Med. 2017 Jun 29;376(26):e53.
6. Godoy A, Tabares AH. Achenbach syndrome (paroxysmal finger hematoma). Vasc Med. 2019 Aug;24(4):361-366.
7. Kluger N, Serres-Cousiné A, Girard C, Guillot B. Paroxysmal hematomas of the digits (Achenbach's syndrome). Presse Med. 2011 Mar;40(3):326-7.
8. Jiménez PR, Ocampo MI, Castañeda-Cardona C, Rosseli D. Achenbach's syndrome: case report and systematic review of the literature. Rev Colomb Reumatol 2017;24:230–6.
9. Notomi K, Harada T. Achenbach syndrome. CMAJ. 2019 May 27;191(21):E584.

Resumo

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI ASSOCIADA A TROMBOCITEMIA ESSENCIAL EM PACIENTE COM HEPATOPATIA ESQUISTOSSOÓTICA: RELATO DE CASO

Arthur Melo Vieira Soares[1], Gabriel Lopardi Passos[1], Laís Rodrigues Maffia[1], Nathália Marçal Tostes[1], Guilherme Grossi Lopes Cançado[2].

1Pós-graduação. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
2Docente. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.

Arthur Melo Vieira Soares: arthurmelo_195@hotmail.com; ID Lattes: 0262499178891318

Introdução: Síndrome de Budd-Chiari (SBC) é uma obstrução ao fluxo das veias hepáticas, na ausência de doença cardíaca ou pericárdica. A forma primária, decorrente de trombose, é associada a fatores protrombóticos, principalmente, as síndromes mieloproliferativas. Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 47 anos, portadora de síndrome de hipertensão portal secundária a esquistossomose hepatoesplênica, comparece ao ambulatório após internação hospitalar por descompensação edemato-ascítica e hemorragia digestiva alta varicosa. Revisão laboratorial destacava trombocitose (658.000 plaquetas/mm3), desproporcional ao quadro de hiperesplenismo esperado. Trazia consigo ultrassonografia de abdome total realizado nesta internação, com sinais de hepatopatia crônica fibrosante, ascite volumosa e não visualização de veias hepáticas. Devido à ascite volumosa e à necessidade de propedêutica, foi encaminhada para internação hospitalar. Realizou endoscopia digestiva alta, que visualizou varizes de médio calibre, com "red spots", submetidas a ligadura elástica. Angiotomografia de abdome visualizou fígado de aspecto mosqueado, nódulos hipervasculares (< 9 mm), além de trombose de veias hepáticas. Realizado mielograma, o qual demonstrou número aumentado de megacariócitos. Pesquisa de mutação V617F do gene JAK2 foi detectada. Diagnosticada, então, SBC associada a trombocitemia essencial. Iniciada anticoagulação plena com enoxaparina e hidroxiureia. Dada significativa hipertensão portal, de origem pré-sinusoidal, sinusoidal e pós-sinusoidal, além de disfunção plaquetária decorrente da trombocitemia essencial, intercorreu com episódios recorrentes de hemorragia digestiva alta, motivando a suspensão da anticoagulação. Evoluiu com ascite refratária, sendo encaminhada ao transplante hepático. Conclusão: A SBC é uma situação rara, associada a fatores protrombóticos como as síndromes mieloproliferativas. A coexistência de outras hepatopatias, como a esquistossomose, torna o manejo ainda mais complexo e pode agravar o quadro.

Palavras-chave: Síndrome de Budd-Chiari. Trombocitemia Essencial. Cirrose Hepática.

Referências:
Khan F, Armstrong MJ, Mehrzad H, Chen F, Neil D, Brown R, *et al.* Review article: a multidisciplinary approach to the diagnosis and management of Budd-Chiari syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2019 Apr;49(7):840-863.
Valla DC. Budd-Chiari syndrome/hepatic venous outflow tract obstruction. Hepatol Int. 2018 Feb;12(Suppl 1):168-180.

Resumo

SÍNDROME DE CHILAIDITI: RELATO DE CASO

Argos Soares de Matos Filho[1], Tais Moreno Borges[2], Gabrielle Silveira Vilaça[2]

1. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2. Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH), Belo Horizonte, MG – Brasil.

Argos Soares de Matos Filho: argos.matos@gmail.com; ID Lattes: 4966440578821587

A síndrome de Chilaiditi é uma condição rara caracterizada pela interposição do intestino entre o fígado e o diafragma associada com a presença de sintomas como dor abdominal, náuseas, dor retroesternal, sintomas respiratórios, prisão de ventre, vômitos, distensão abdominal e obstrução ou suboclusão intestinal. A sua incidência varia de 0,025 a 0,28% da população, sendo mais prevalente em homens e aumentando com o avançar da idade. Pode ser confundida com hérnia diafragmática, pneumoperitoneo, abscessos subfrênicos ou outras condições inflamatórias, o que pode levar a abordagens inadequadas e desnecessárias, trazendo malefícios ao paciente. Paciente do sexo masculino, 63 anos de idade, compareceu à unidade de pronto atendimento com quadro de dor epigástrica iniciada há uma semana que evoluiu para dor intensa em andar superior do abdome, tipo cólica, sem associação com náuseas ou vômitos, após ingestão de álcool e pizza. Negava alterações urinárias ou intestinais. Relatava cirurgia para correção de refluxo gastroesofágico há mais de 15 anos. Apresentava abdome globoso, normotenso, doloroso à palpação profunda em epigastro e hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal e sinal de Giordano negativo. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações. Radiografia de tórax e de abdome em ortostatismo evidenciavam distensão gástrica e imagem de hipotransparência em hipocôndrio direito com presença de nível hidroaéreo. Tomografia de abdome com dilatação gástrica com nível hidroaéreo, alças de jejuno colabadas, dilatação segmentar de alças ileais distais desde a fossa ilíaca direita até o espaço pré-hepático. O sigmóide assumindo posicionamento à direita. Ausência de pneumoperitoneo ou líquido livre na cavidade abdominal, com presença de haustrações no ar entre o fígado e o diafragma indicando síndrome de Chilaiditi. Paciente foi mantido em observação na enfermaria com sonda nasogástrica aberta (drenagem de 600ml de conteúdo gástrico), hidratação venosa e uso de medicamentos sintomáticos, evoluindo com melhora da dor abdominal, eliminação de flatus e fezes. Nova radiografia de abdome sem presença de dilatação de alças ou níveis hidroaéreos. O paciente queixava-se apenas de incômodo relacionado à sonda, que foi então retirada e iniciada dieta líquida. No dia seguinte, evoluiu sem dor abdominal, com boa tolerância da dieta, evacuando e afebril, recebendo alta com orientações de retorno ambulatorial. O tratamento depende da intensidade dos sintomas, podendo ser conservador, com repouso no leito, infusão de cristaloides intravenosos, descompressão nasogástrica, descompressão intestinal com enemas e dieta rica em fibras. Em indivíduos que apresentam dor abdominal, podem ser administrados medicamentos antiespasmódicos. Quando a terapêutica conservadora não for eficiente ou apresentar sinais de obstrução, isquemia ou volvo, é indicado a laparotomia exploradora.

Palavras-chave: Síndrome de Chilaiditi.

REFERÊNCIAS:

1. Cawich SO, Spence R, Mohammed F, Gardner MT, Sinanan A, Naraynsingh V. The liver and Chilaiditi's syndrome: Significance of hepatic surface grooves. SAGE Open Med Case Rep. 2017 Dec 7;5:2050313X17744979.
2. Correa Jiménez O, Buendía De Ávila M, Parra Montes E, Davidson Córdoba J, De Vivero Camacho R. Signo y síndrome de Chilaiditi: condiciones infrecuentes pero con importancia diagnóstica en pediatría. Casos clínicos. Rev Chil Pediatr. 2017;88(5):635-639.
3. Kapania EM, Link C, Eberhardt JM. Chilaiditi Syndrome: A Case Report Highlighting the Intermittent Nature of the Disease. Case Rep Med. 2018 Jun 21;2018:3515370.
4. Estévez-Ramírez GM, Jiménez-Andrade VC, Fajardo-Rivero JE. Signo de Chilaiditi como hallazgo incidental en un paciente con enfermedad respiratoria: reporte de caso. MÉD.UIS. 2018;31(3):57-61.
5. Weng WH, Liu DR, Feng CC, Que RS. Colonic interposition between the liver and left diaphragm - management of Chilaiditi syndrome: A case report and literature review. Oncol Lett. 2014 May;7(5):1657-1660.

Resumo

SÍNDROME DE TRANFUSÃO FETO-FETAL EM GESTAÇÃO MONOCORIÔNICA DIAMNIÓTICA – UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Camila Caetano de Paula Miranda Valladares[1], Luiza Avila Pinheiro[1], Denilson Procopio de Castro[1], Angela Storino das Chagas[1], Mariana Mesquita Zschaber[1], Gabriel Martins Cruz Campos[2]

1 Residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade e Hospital Octaviano Neves, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2 Médico Ginecologista e Obstetra. Ultrassonografista e Especialista em Medicina Fetal. Coordenador da Residência e do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade e Hospital Octaviano Neves, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Correspondência:
Camila Caetano de Paula Miranda Valladares – autor correspondente
Rua Irai, 451, Ap.1302, Bloco 1 – Vila Paris
CEP:30.380-725 – Belo Horizonte – MG. Telefone: (31) 99200-2691
E-mail: mila_miranda_@hotmail.com
ID Lattes: 9619294144279148

INTRODUÇÃO: Gestações gemelares são diagnosticadas na ultrassonografia (USG) e a determinação da corioamnionicidade orienta o acompanhamento. Em gemelares monocoriônicos (MC), a USG fetal monitora o desenvolvimento da síndrome de transfusão feto fetal (STFF). Nesta condição, complicações são oriundas das anastomoses vasculares placentárias. Apesar de alta morbimortalidade, o diagnóstico precoce propicia intervenções que mudam o prognóstico. A STFF é caracterizada por achados ao USG de placenta única MC com sequência dupla de oligoidramnio/polidrâmnio. Além disso, deve-se investigar doppler fetal, hidropsia, bexiga e ecocardiograma para definição do estágio da STFF. A ablação a laser fetoscópica é recomendada na STFF estágio II a IV entre 16 e 26 semanas de gestação, nesse caso, realizado com 18 semanas. Quanto à interrupção da gestação, recomenda-se parto entre 34 e 37 semanas e 6 dias de gestação conforme estágio da STFF, se sintomas estáveis e sem complicações ou comorbidades. RELATO: A.M.A.S.O, 40 anos, secundigesta, idade gestacional (IG) 15 semanas e 3 dias, admitida com gestação gemelar monocoriônica/diamniótica e STFF à USG (Feto 1 bexiga repleta, líquido amniótico aumentado, Peso Fetal Estimado (PFE) percentil (p) 20 e feto 2 bexiga não identificada, PFE p < 1 e anidrâmnio). Realizada ablação com 18 semanas por indicação da medicina fetal. Com 27 semanas, evoluiu com PE sem critério de gravidade, anasarca e DMG-optado por reposição albumínica e corticoterapia. Ao USG: feto 1 com crescimento intrauterino restrito categoria 1 e feto 2 – decesso. Com 28 semanas, houve piora ultrassonográfica: feto 1 com artéria cerebral média vasodilatada e relação cérebro-placentária alterada. Dessa forma, devido a evolução clínica e ultrassonográfica desfavorável optou-se pela interrupção da gestação com 28 semanas e 1 dia, via cesariana, após neuroproteção fetal, com recém-nascido admitido em centro de terapia intensiva. Puérpera recebeu alta hospitalar em boas condições. CONCLUSÃO: Portanto, o diagnóstico precoce das complicações relacionadas às gestações MC é imprescindível para o adequado manejo clínico. A terapêutica deve ser individualizada e impacta positivamente no prognóstico gestacional.

Palavras-chave: Gravidez de Gêmeos. Gêmeos Monozigóticos. Transfusão Feto-Fetal. Fetoscopia. Fotocoagulação a Laser.

Resumo

SÍNDROME ESCAFOCAPITATO BILATERAL: RELATO DE CASO

João Romário Gomes da Silva[1], Isadora Amâncio do Amaral[2], Hennio Alves da Silva[3]

1 Médico Ortopedista e Médico do Trabalho, Hospital São Paulo, Muriaé, MG - Brasil.
2 Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ - Brasil.
3 Médico Ortopedista e Cirurgião de Mão, Hospital São Paulo, Muriaé, MG - Brasil.
João Romário Gomes da Silva: jr1_romario@hotmail.com; Orcid: 0000-0002-8159-0721

Resumo:
Os autores relatam a ocorrência de um caso de síndrome escafocapitato, com um aditivo que a caracteriza como entidade clínica excepcional: a bilateralidade. O tratamento da lesão consistiu na redução da luxação do capitato e fixação das fraturas do escafoide e capitato com parafusos de Herbert. Os autores apresentam os desfechos clínicos e radiológicos após o tratamento, os resultados clínicos foram analisados segundo o escore de punho da Clínica Mayo, que demonstrou evolução satisfatória.
Palavras-chave: Ossos do Carpo. Traumatismos do Punho. Síndrome Escafocapitato.

Introdução
A fratura do escafoide associada à fratura do capitato constitui a síndrome escafocapitato (SEC) ou síndrome de Fenton, na qual o fragmento proximal do capitato é rotacionado de 90° a 180° em relação ao distal (MARCUZZI, 2013). Trata-se de uma conjunção clínica rara, cujo diagnóstico no primeiro atendimento correntemente não é acertado. O mecanismo de trauma, conforme Ruschel (2006), provoca o contato da porção cartilaginosa do primeiro fragmento com o foco da fratura do segundo fragmento. Além de ocorrer um desvio rotacional, o fragmento proximal do capitato pode luxar no plano sagital: no sentido volar ou dorsal. Lorie e Perves *et al.*, em 1937, escreveram praticamente em simultaneidade a ocorrência dessa fratura. Entretanto, já em 1956, Fenton, através de dois casos, descreveu a lesão traumática mais detalhadamente, reconhecendo a lesão como síndrome e indicando o termo SEC para designá-la. Posteriormente à descrição desses casos, a lesão ficou conhecida como síndrome de Fenton. Nessa Trata-se de uma lesão de ocorrência excepcional, há apenas dois casos de bilateralidade descritos na literatura (HASSINE *et al.*, 2017; STROHM, LAIER, MÜLLER, 2003).
Fenton definiu o mecanismo da fratura como uma queda com o punho em desvio radial e superextensão, provocando um impacto do processo estiloide do rádio contra o escafoide. Se a colisão é moderada, ocorre somente fratura do escafoide. Em contrapartida, em caso de trauma de alta energia, a força mantém-se atuante após a fratura do escafoide, o que provoca a fratura do capitato. O tratamento da SEC baseia-se na artrotomia, valendo-se da técnica em “V”, seguida de osteossíntese rígida de compressão com parafusos tipo Herbert. Entre as outras opções tem-se a abordagem conservadora, que pode levar à consolidação. Todavia a cabeça do capitato encontra-se deslocada, o que, mediante à abordagem mantenedora, indica uma iminente consolidação inadequada, suscitando a perda funcional do punho. Outrossim, tem-se a opção da simples excisão cirúrgica do fragmento proximal do capitato, associada ao tratamento tradicional de fratura isolada para com o escafoide. Contudo, Ruschel (2006) argumenta que a excisão desse fragmento desacompanhada de outras técnicas resulta no encurtamento da altura do carpo, o que aumenta a suscetibilidade à osteoartrose pós-traumática. Descrição do caso clínico: L.A.S., 35 anos, gênero masculino, auxiliar de serviços de Engenharia Civil, apresentou-se ao Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital São Paulo, Muriaé, Minas Gerais, Brasil, com queixa de dor e edema associados à limitação funcional dos punhos e do calcâneo direito, após sofrer queda da estrutura tipicamente montada para execução de serviços em locais de grande altura (Figura 1). Negou sintomas e trauma pregressos. Foi realizada radiografia em incidência ântero-posterior e perfil dos punhos e calcâneo, que evidenciou fratura do calcâneo e fraturas do colo do escafoide e do capitato bilaterais. Esse exame de imagem também revelou que no punho esquerdo o fragmento proximal do capitato encontrava-se deslocado a um ângulo de 180° com relação à posição anatômica, ao passo que o punho direito apresentou luxação volar do carpo e do fragmento proximal do capitato em relação ao semilunar (Figura 2 e 3). O paciente foi submetido a uma redução incruenta da luxação do punho direito e imobilizado com gesso circular axilopalmar bilateral. Após seis dias foi submetido a tratamento cirúrgico. Na cirurgia, os punhos foram abordados por via dorsal, entre o II e o IV túneis extensores. A artrotomia foi realizada pela técnica em "V" no qual a cápsula dorsal é rebatida como um retalho de base radial, mantendo íntegros os ligamentos radiocárpico e o intercarpal dorsal com redução da luxação do capitato e fixação das fraturas do escafoide e capitato com parafusos de Herbert retrogradamente, isto é, com orientação de proximal para distal, tanto no capitato quanto no escafoide. Após a osteossíntese, os punhos direito e esquerdo permaneceram estáveis, dispensado outro tipo de fixação. O paciente foi imobilizado com atadura gessada axilopalmar incluindo o polegar e a sutura retirada no 15° dia pós-operatório. Decorridas 6 semanas, a atadura gessada antebraquiopalmar com bloqueio de polegar foi utilizada por mais 4 semanas. A imobilização foi retirada e o paciente encaminhado para o setor de reabilitação. Foi observada em radiografia no quarto mês pós-operatório (Figura 3 e 4), a ocorrência de necrose avascular transitória do semilunar. Hodiernamente, o paciente desempenha a mesma função laborativa, sem queixas álgicas e com a seguinte amplitude de movimento (ADM) em graus:

Resumo

Movimento	Punho Direito	Punho Esquerdo	Amplitude de
Movimento normal			
Flexão	60	70	0-90
Extensão	50	60	0-70
Pronação	80	80	0-90
Supinação	80	80	0-90
Adução (desvio ulnar)	30	40	0-45
Abdução (desvio radial)	15	20	0-20

Quadro 1: ADM apresentado pelo paciente (em graus). (Fonte: arquivo pessoal).



Figura 1 – Imagens atuais do paciente. (Fonte: arquivo pessoal).



Figura 2- Radiografias pré-operatórias do punho direito. (Fonte: arquivo pessoal).



Figura 3- Radiografias pré-operatórias do punho esquerdo. (Fonte: arquivo pessoal).

Resumo



Figura 3- A e B Radiografia em AP e perfil do punho direito no pós-operatório. (Fonte: arquivo pessoal).



Figura 4- C e D Radiografia em AP e perfil do pós-operatório do punho esquerdo. (Fonte: arquivo pessoal).

Discussão: O caso apresentado relata a ocorrência de bilateralidade da Síndrome de Fenton, decorrente da queda de um andaime. Entre as opções de tratamento, consideramos a excisão do fragmento proximal do capitato, proposta por Fenton, inadequada, uma vez que o encurtamento da altura do carpo inclina ao risco de osteoartrose pós-traumática. Em paralelo, consideramos que o tratamento conservador isolado pode levar à consolidação inadequada, porquanto a cabeça do capitato se encontra deslocada, o que provoca a perda funcional do punho. O paciente desse relato foi submetido a tratamento cirúrgico após seis dias, período inferior ao verificado por Ruschel *et al.* (2006) no estudo que conduziram com pacientes portadores de SEC, no período de 1995 a 1999 tratados pelo grupo de mão do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, cuja média de tempo entre a fratura e a abordagem cirúrgica foi de 7,6 dias. Ainda conforme esse autor, intervalos maiores podem estar relacionados a prognósticos piores. Rand *et al.* (1982) afirma que cerca de um terço dos casos são diagnosticados com retardo superior a 15 dias. Eles relataram que as principais circunstâncias determinantes do trauma foram a queda de altura e os acidentes automobilísticos. Já com relação aos casos bilaterais da síndrome, tem-se como mecanismo de trauma uma contusão em ambos os punhos após sofrer um acidente de viação, em um paciente masculino de 25 anos (HASSINE *et al.*, 2017). O segundo caso descrito, apresenta como mecanismo uma queda intencional de uma altura de 5 metros com fins suicidas, em paciente feminina de 21 anos (STROHM, LAIER, MÜLLER, 2003). Vance *et al.* (1980) defenderam a redução aberta e a fixação interna como padrão-ouro de tratamento. Propuseram ainda seis padrões de deslocamento com base no mecanismo de trauma e no local de deslocamento do capitato. São as formas de apresentação:

I. Sem luxação do carpo e sem luxação do fragmento proximal do capitato em relação ao semilunar.
II. Sem luxação do carpo e com luxação dorsal do fragmento proximal do capitato em relação ao semilunar.
III. Sem luxação do carpo e com luxação volar do fragmento proximal do capitato em relação ao semilunar.
IV. Com luxação dorsal do carpo e sem luxação do fragmento proximal do capitato em relação ao semilunar.
V. Com luxação dorsal do carpo e com luxação dorsal do fragmento proximal do capitato em relação ao semilunar.
VI. Com luxação volar do carpo e com luxação volar do fragmento proximal do capitato em relação ao semilunar.

O paciente deste relato apresentou classificação de Vance do tipo VI no punho esquerdo, ou seja, com luxações volares do carpo e do fragmento proximal do capitato, bem como classificação de Vance do tipo I no punho direito, isto é, sem luxação do carpo e do fragmento proximal do capitato. Os resultados clínicos foram analisados segundo o escore de punho da Clínica Mayo, para lesões traumáticas do punho, que considera a dor, a função, a amplitude de movimento e a força de preensão (COONEY *et al.*, 1987). O escore da Clínica Mayo foi considerado satisfatório (menos que 65 pontos). Quanto à algia, o paciente refere episódios ocasionais de dor leve (20 pontos). Quanto ao exercício profissional relacionado à funcionalidade do punho, o paciente relata a capacidade de trabalhar, mas desempregado (15 pontos). Em relação à amplitude de movimento, considerando a bilateralidade, a amplitude de movimento de foi mensurada e avaliada isoladamente, ou seja, o lado contralateral não foi utilizado como parâmetro, obteve-se de 90° a 120° para o punho direito (15

Resumo

pontos). No punho esquerdo, obteve-se amplitude maior que 120° (25 pontos). A força de preensão obtida foi a mesma nos dois punhos e apresentou-se em 75% do normal. Portanto, o escore para o punho direito foi de 65 pontos e para o punho esquerdo foi de 75 pontos, ambos considerados como satisfatório. A melhoria apresentada atribui-se ao diagnóstico precoce, ao manejo cirúrgico, à fisioterapia, resultando em um desfecho clínico e radiológico satisfatório.

Referências

1. Cooney WP, Bussey R, Dobyns JH, Linscheid RL. Difficult wrist fractures. Perilunate fracture-dislocations of the wrist. Clin Orthop Relat Res. 1987 Jan;(214):136-47.

2. Fenton RL. The naviculo-capitate fracture syndrome. J Bone Joint Surg Am. 1956 Jun;38-A(3):681-4.

3. Lorie JP. Un case de fracture del escafoidio carpiano y del hueso grande. Cir Orthop Traumatol. 1937;5:125-30.

4. Marcuzzi A, Ozben H, Russomando A, Petit A. Chronic transscaphoid, transcapitate perilunate fracture dislocation of the wrist: Fenton's syndrome. Chir Main. 2013 Apr;32(2):100-3.

5. Marsh AP, Lampros PJ. The naviculo-capitate fracture syndrome. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1959 Aug;82(2):255-6.

6. Milliez PY, Dallaserra M, Thomine JM. An unusual variety of scapho-capitate syndrome. J Hand Surg Br. 1993 Feb;18(1):53-7.

7. Perves J, Rigaud A, Badelon L. Fracture par decapitation du grand os avec deplacement dorsal du corps de l'os simulant une dislocation carpienne. Rev Orthop. 1937; 24:251-3.

8. Rand JA, Linscheid RL, Dobyns JH. Capitate fractures: a long-term follow-up. Clin Orthop Relat Res. 1982;(165):209-16.

9. Ruschel PH Oliveira RK, PM Borges CS, Praetzel RP, Gonçalves RZ. Síndrome escafocapitato. Rev Bras Ortop. 2006;41(10):432-7.

10. Strohm PC, Laier P, Müller CA. Scapho-capitate fracture syndrome of both hands-first description of a bilateral occurrence of a rare carpal injury. 2003. Unfallchirurg 106: 339-342.

11. Vance RM, Gelberman RH, Evans EF. Scaphocapitate fractures. Patterns of dislocation, mechanisms of injury, and preliminary results of treatment. J Bone Joint Surg Am. 1980;62(2):271-6.

Resumo

TERATOMA DE PELVE COM PROTEÇÃO ENDOVASCULAR

Ricardo Yukio Okawa[1], Gabriel César Coelho[2], Gabriel Henrique de Lima Silva[2], Lorenzo Bueno Fernandes[2], Marcelo Fleury Coelho de Araújo[2], Pedro Ferreira Mendes[2]

[1] Docente de Cirurgia no curso de Medicina, Universidade de Itaúna, Mestre em Cirurgia e Doutorando em Ciências Aplicadas à Cirurgia, Universidade Federal de Minas Gerais. Itaúna, MG - Brasil
[2] Faculdade de Medicina, Universidade de Itaúna, Itaúna, MG - Brasil
Ricardo Yukio Okawa: ricardookawa@hotmail.com; ORCID: 0000-0003-4968-7950.

INTRODUÇÃO: O teratoma faz parte do grupo de tumores de células germinativas que podem apresentar implantação gonadal ou extragonadal. A região sacrococcígea é a localização extragonadal mais comum, sendo que nessa região encontram-se 39% a 60% dos teratomas, sejam eles benignos ou malignos. A maioria dos teratomas glúteos relatados na literatura são, de fato, teratomas sacrococcígeos com localização lateral. O prognóstico dos pacientes com teratoma sacrococcígeo depende do tamanho do tumor, sua histologia, localização e a idade do paciente, sendo que será melhor quanto mais precoce for o diagnóstico. O tratamento principal para o teratoma sacrococcígeo, independente do tipo histológico, é o de ressecção cirúrgica completa do tumor e do cóccix. A malignidade tumoral consiste na maior causa de morte, estando o procedimento cirúrgico isento de influência direta sobre o prognóstico imediato no pós-operatório. RELATO DE CASO: Paciente de 48 anos, com massa proeminente em nádega, com relato de evolução desde a infância, mas com crescimento intensificado na última década. Realizado estudo angiotomográfico (angioTC multislice 128 canais) verificando-se volumosa massa heterogênea em assoalho pélvico, contiguidade com ânus e parede anterior, sugestivo de teratoma indiferenciado volumoso. Devido ao grau de invasividade da massa, optou-se por uma abordagem abdominal aberta (ressecção tumoral) + ressecção perineal complementar para retirada da massa. A mesma apresentava íntima relação com veias ilíacas internas bilateralmente. Estratégia cirúrgica: proteção endovascular de veias ilíacas baseada na técnica HEBOC (Hemostasia Endovascular com Balão Oclusor de Cava) tese de Doutorado do professor Ricardo Yukio Okawa, que consiste na proteção vascular com balões complacentes introduzidos uni ou bilateralmente, podendo movimentar-se e variar o ponto de oclusão conforme demande hemostasia ou apoio para dissecção. Realizadas punções elegidas de veias femorais comuns bilaterais com introdutor 12F pelo método de Seldinger e introduzidos balões Giant Scitech AT sobre fios hidrofílicos standard guiados por radioscopia. Os balões foram demandados 3 vezes durante o procedimento: 1 vez como apoio para dissecção de massa aderida à veia ilíaca e 2 vezes em controle de hemorragia por lesão vascular para rafia primária. CONCLUSÃO: Dessa forma é importante ressaltar que o uso dos balões, comparativamente com trabalhos da literatura que descrevem a técnica cirúrgica habitual, sem o uso dos mesmos, provocou uma redução de 20 % no tempo cirúrgico, 40% menos hemotransfusão e recuperação pós-operatória com 1 a 5 dias a menos de internação que a média. Assim, fica evidente a importância científica que a técnica HEBOC possui, justificando seu uso.

Palavras-chave: Teratoma. HEBOC. Hemostasia. Procedimentos Endovasculares.

Resumo

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA COMPLEXA DE CLAVÍCULA COM PROTEÇÃO ENDOVASCULAR DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA

Ricardo Yukio Okawa[1], Igor Daniel Garcia Reis[2], Ana Raquel Gonçalves Petersen[2], Gabriel Filipe Monteiro Carvalho[2], Stênio Pereira de Carvalho Junior[2], Tiago Caetano de Souza[2].

[1] Docente de Cirurgia no curso de Medicina, Universidade de Itaúna, Mestre em Cirurgia e Doutorando em Ciências Aplicadas à Cirurgia, Universidade Federal de Minas Gerais, Itaúna, MG - Brasil.
[2] Aluno(a) de Graduação em Medicina, Universidade de Itaúna, Itaúna, MG - Brasil.

Ricardo Yukio Okawa:
ricardookawa@hotmail.com;
ORCID: 0000-0003-4968-7950.

INTRODUÇÃO: As lesões axilo-subclávias representam aproximadamente 5% das lesões vasculares e, embora raras, possuem alta morbi-mortalidade. A cirurgia aberta, escolha de manejo dessas lesões, representa um desafio devido ao espaço anatômico restrito com estruturas neurovasculares importantes que podem ser lesionadas durante o procedimento. Por isso, o manejo cirúrgico de fratura de clavícula torna a artéria subclávia suscetível a lesões e a sangramentos intensos. Nesse contexto, a cirurgia endovascular representa uma alternativa segura, minimamente invasiva e de melhor desempenho para o tratamento. Para tanto, a literatura descreve o uso de balões endovasculares utilizados em angioplastias na prevenção de êmbolos para o controle de complicações hemorrágicas. Dessa forma, o presente trabalho relata o uso protetor vascular de balões endovasculares semi-complacentes (BSC) em um procedimento cirúrgico de manejo de lesão complexa de clavícula. DESCRIÇÃO: Paciente masculino, 35 anos, com fratura complexa de clavícula proximal por queda de altura, com escafelo, necessitava de fixação de placa com parafusos na região adjacente ao trígono de emergência do feixe subclavicular. Diante do elevado risco de lesão intravascular operatória, foi solicitado a participação de cirurgião vascular, que optou por proteção endovascular da artéria subclávia esquerda (ASE) com BSC 6X80 mm, guiado por radioscopia. Para acesso, foi utilizada a artéria femoral direita com introdutor 5F, fio guia hidrofílico standard 260 teflonado sob um cateter VERT, até a emergência da ASE. O BSC foi posicionado na aorta, enquanto o fio guia foi direcionado à ASE, com auxílio da radioscopia. A cirurgia prosseguiu com deslocamento e insuflação do balão no interior da ASE, quando houve sangramento arterial, permitindo controle hemostático primário. Durante o procedimento foi utilizado gotejamento de soro fisiológico pelo cateter, visando evitar trombose local e não foi necessário hemotransfusão. Após a cirurgia, o paciente apresentou recuperação de movimentação, com 70-80% de amplitude. CONCLUSÃO: O uso do BSC permitiu controle hemostático durante a cirurgia de forma satisfatória, reduzindo a necessidade de hemotransfusões para controle volêmico do paciente, o que está relacionado a uma menor morbidade cirúrgica. Assim, a proteção endovascular se mostrou viável na redução das complicações cirúrgicas, porém é necessária uma avaliação multicêntrica adicional para determinar os resultados a longo prazo.

Palavras-chave: Procedimentos Endovasculares. Dispositivos de Proteção Embólica. Clavícula. Fraturas Ósseas. Artéria Subclávia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:
1. Branco BC, Boutrous ML, DuBose JJ, Leake SS, Charlton-Ouw K, Rhee P, *et al.* Outcome comparison between open and endovascular management of axillosubclavian arterial injuries. J Vasc Surg. 2016 Mar;63(3):702-9.
2. Arnold S, Gilroy D, Laws P, Kempthorne J. Subclavian artery laceration following clavicle fracture, successfully treated with a combined endovascular and open surgical approach. BMJ Case Rep. 2021 Jul 2;14(7):e241382.
3. Gyanendra KJ, Pravin T, Deepesh Y, Suman L, Shweta J. Conservative Vs Operative Management of Displaced Midshaft Clavicle Fracture: A Comparative Study. Biomed J Sci & Tech Res. 2018;11(1): 8293-8303.
4. Zhou Z, Zhang P, Shan B, Qian A, Yang J, Zhou X. Clavicle Fracture with Injury of Subclavian Artery and Brachial Plexus: Case Report. Biomed J Sci & Tech Res 2019;16(5):12418-1242.

Resumo

TRATAMENTO COM METOTREXATO EM QUADRO DE MASTITE GRANULOMATOSA

Denilson Procopio de Castro[1], Camila Caetano de Paula Miranda Valladares[1], Bruna Pimenta Valente[2], Mariana Mesquita Zschaber[1], Anna Carolina Pereira Jacome[3]

1 Médico do 3º ano de Residência de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade e Hospital Octaviano Neves, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2 Médica do 2º ano de Residência de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade e Hospital Octaviano Neves, Belo Horizonte, MG – Brasil.
3 Médica Ginecologista e Obstetra. Preceptora de Mastologista da Maternidade e Hospital Octaviano Neves, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Correspondência:

Denilson Procópio de Castro – autor correspondente
Rua Tenente Garro, 29, AP.201, Santa Efigênia
CEP: 30.240-360 – Belo Horizonte – MG. Telefone: (38) 98823-5290.
E-mail: denilson.med@hotmail.com
ID ORCID: 0000-0002-9002-7586

INTRODUÇÃO: A Mastite Granulomatosa Idiopática (MGI) refere-se à inflamação do tecido mamário e pode ser acompanhada de infecção. Tem diagnóstico diferencial com carcinoma inflamatório e com mastite tuberculínica. O Ultrassom (US) é a investigação inicial de escolha. O diagnóstico é de exclusão e confirmado por histopatologia com achado de granuloma não caseoso de células gigantes, multinucleado, restrito ao lóbulo mamário e formação de microabscessos. A MGI tem como etiologia mais frequente a forma autoimune. Apresenta-se como massa inflamatória periférica ou múltiplas áreas simultâneas de infecção periférica com abscessos, inflamação ou ulceração com retração da pele sobrejacente. Tem resolução lenta e a abordagem cirúrgica não é inicialmente indicada, sendo restrita a casos que não respondem a nenhuma linha de tratamento. A terapêutica, incluindo agente imunossupressor, apresenta resultados satisfatórios sendo, na maioria das vezes, capaz de descontinuar a medicação em 1 ano. RELATO: Esse relato tem importância devido a elevada incidência e ausência de resposta com terapia medicamentosa convencional. A terapia foi aprovada pela comissão de Ética da instituição. BEE, 32 anos. Parto normal com amamentação por 8 meses, há 3 anos. Atendida em abril/2021 com mastite há 4 meses, tratada previamente com antibióticos de amplo espectro e drenagem. US evidenciando em mama direita área hipoecogênica nos quadrantes superiores, com sinais de inflamação difusa e área irregular hipoecogênica - categoria BI RADS 4. Feita punção por agulha fina com pesquisa negativa para neoplasia. Iniciada corticoterapia, com boa resposta, mas recidiva em um mês. Ao exame físico e US, coleção/granuloma vascularizado em grande parte da mama. Core biopsy confirmatória. Retorno de corticoterapia em dose plena, com redução escalonada por mais 6 meses. Revisão laboratorial e teste tuberculínico sem alterações. Nova recidiva após suspensão da corticoterapia. Iniciado metotrexato, associado à corticoide, até então com controle. Encaminhada ao reumatologista para pesquisa de doenças autoimunes. CONCLUSÃO: A paciente apresenta um quadro de desafio ao tratamento, visto que foi necessária segunda linha terapêutica (metotrexato associado a suplementação de ácido fólico e corticoterapia) para remissão do quadro.

Palavras-chave: Mastite Granulomatosa. Metotrexato.

Referências:
1 – Hughes BL, Berghella V. COVID-19: Antepartum care of pregnant patients with symptomatic infection [base de dados na Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc. 2022.
2 - Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, *et al.* Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: a live systematic review and metanalysis. BMJ. 2020 Sep 1;370:m3320.

Resumo

TRATAMENTO DE INFECÇÃO CRÔNICA DO FÊMUR EM JOVEM PORTADORA DE SUPERBACTÉRIA COM FÍSTULA ATIVA E SUBMETIDA A RESSECÇÃO DO FÊMUR PROXIMAL

Carlos César Vassalo[1], Antônio Augusto Guimaraes Barros[2], Giovana Paoliello Modenesi[3], Euler de Carvalho Guedes[3], Lincoln Paiva Costa[3]

1Mestre e Doutor pelo programa de pós graduação em ciências aplicadas a cirurgia e à oftalmologia pela UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2Mestre pelo programa de pós graduação em ciências aplicadas a cirurgia e à oftalmologia pela UFMG, Belo Horizonte, MG - Brasil.
3Mestre pelo programa de pós graduação em ciências aplicadas a cirurgia e à oftalmologia pela UFMG, Belo Horizonte, MG - Brasil.

Instituição Hospital Madre Teresa de Belo Horizonte MG
Carlos César Vassalo: ccvassalo@gmail.com; ID Lattes: 0893804621041280

Introdução: As infecções osteoarticulares mostram ser casos desafiadores a todo sistema de saúde, e os pacientes contaminados com superbactérias como a KPC (Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase), que é uma bactéria multirresistente, fazem com que esses indivíduos contaminados tenham sérias dificuldades de assistência médica, e as equipes hospitalares ainda são despreparadas para tratar tais casos. Com objetivo de atualizar os métodos de identificação diagnóstica dessas bactérias, assim como atualizar o tratamento dessas afecções graves ao sistema musculo esquelético, que podem levar a amputação do membro afetado e até a morte dos pacientes acometidos, descreveremos as abordagens clínicas e cirúrgicas de um caso especifico do tema. Descrição do caso: Paciente com 16 anos do sexo feminino deu entrada com quadro de dor no quadril direito em unidade hospitalar do sistema público municipal de saúde de Belo Horizonte MG, fez várias consultas e apresentou piora progressiva dos sintomas de dor evoluindo para quadro febril e incapacidade de apoio do membro acometido para marcha. Após vários dias, foi diagnosticada com artrite séptica coxofemoral, com bactéria comunitária e indicado tratamento cirúrgico de artrotomia e drenagem de abcesso intra-articular do quadril. Sem melhora, foi submetida a vários procedimentos cirúrgicos, que resultaram em ressecção da cabeça femoral, e agravamento do quadro infeccioso, com surgimento de fístula no terço distal do fêmur.

Radiografia em AP do fêmur



Após dois anos de avaliações e tratamento em diversas instituições médicas, foi orientada a possível amputação do membro inferior assim como a perpetuação de fístula secretante no fêmur, com argumento de incapacidade de tratamento da infeção óssea, pela bactéria diagnosticada que foi a KPC.

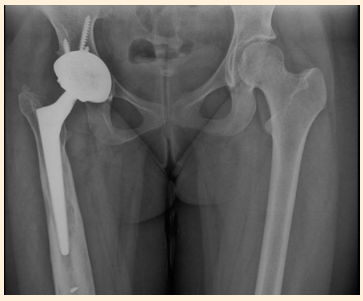
Fístula ativa no fêmur



Resumo

Conclusão: A paciente foi internada e submetida a radical desbridamento ósseo com fresagem do canal femoral, ressecção completa da fistula e limpeza radical das partes moles acometidas pela infecção. Foi usado sistema de lavagem óssea pulsátil e instalação de curativo a vácuo, com utilização de diagnóstico bacteriológico de ultima geração. Após intervalo de seis meses, foi implantada prótese total do quadril com material em tântalo, e a paciente retornou a atividades normais completamente tratada da infeção por superbactéria.

Radiografia em AP da bacia - Resultado final



Resultado Final



Na descrição do caso clínico, vale ressaltar, a importância da correta abordagem clínico cirúrgica e a atuação de equipe multidisciplinar para o tratamento de infecção osteoarticular grave.

Palavras-chave: Osteomielite. Artroplastia de Quadril. Klebsiella pneumoniae.

Resumo

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PERFURAÇÃO TRAUMÁTICA DA AORTA TORÁCICA POR ARMA DE FOGO

Larah Luísa Cardoso[1], Melina Dias Pereira[1], Ana Luiza Costa Dias[1], Arthur Dias Borges[1], Camila Guimarães Maciel de Castro[1], Ricardo Yukio Okawa[2].

1 Faculdade de Medicina da Universidade de Itaúna, Itaúna, MG – Brasil.
2 Docente na Universidade de Itaúna, Itaúna, MG – Brasil.

Larah Luísa Cardoso: larahcardoso15@gmail.com; ID Lattes: 5122001965779235

As lesões traumáticas da aorta são responsáveis por até 25% de todas as mortes traumáticas, estando em 2° lugar nas causas de morte imediata ao trauma, sendo que mais de 90% das lesões de grandes vasos se devem a lesões penetrantes. É fundamental um trabalho ágil devido ao aumento do risco de morte com o decorrer das horas, além de equipe capacitada a planejar e executar o tratamento endovascular em traumas complexos. Relatos de caso eram raros, devido à alta mortalidade e falta de tratamentos eficazes. Isso vem mudando devido aos avanços na medicina. Paciente masculino, 18 anos, deu entrada na sala de emergência com história de trauma penetrante por arma de fogo em hemitórax à esquerda, com orifício de entrada anteriormente em tórax, com ângulo de incidência de superior para inferior, sem orifício de saída. No atendimento pré-hospitalar foi avaliado e realizada drenagem torácica com saída imediata de 1000ml de sangue, e iniciada infusão de solução cristalóide endovenosa. Inicialmente estável, porém paraplégico, com frequência cardíaca de 72bpm e pressão arterial de 104x52mmHg, mantendo débito em dreno torácico de 200ml/h. Extremidades quentes e bem perfundidas apesar de hipocoradas. A ausculta pulmonar, o murmúrio discretamente reduzido a esquerda. Foi encaminhado para tomografia que evidenciou perfuração traumática da aorta descendente, parcialmente contida por hematoma, com projetil alojado em canal medular entre T5 e T6. As equipes de Cirurgia Vascular e Cirurgia torácica foram acionadas. Devido ao risco de destamponamento da lesão à toracotomia por descompressão, optou-se pelo tratamento endovascular da lesão. Após reconstrução da angiotomografia e medidas pelo programa HOROSR, verificou-se que a lesão estava a 5 cm distal a emergência da artéria subclávia esquerda com 3,9cm de extensão. Foi encaminhado ao CTI, sendo abordado no dia seguinte pela cirurgia torácica para retirada de coágulos remanescentes no hemitórax esquerdo, quando foi visualizada área de perfuração aórtica, sem sangramento ativo, confirmando localização adequada de prótese. O paciente permaneceu estável recebendo alta após mais 5 dias, sem intercorrências. Evoluiu tardiamente com paraplegia devido à lesão medular, em tratamento fisioterápico com recuperação parcial de sensibilidade em membros inferiores. As lesões traumáticas de aorta torácica são de tratamento desafiador devido à elevada mortalidade pré-hospitalar que é muito mais elevada em casos de trauma penetrante em detrimento de traumas contusos , sendo ,em média , de 80% ou mais “in loco”. Nos poucos casos possíveis de estabilização e transporte até ambiente hospitalar, o tratamento endovascular se constitui numa opção menos invasiva e, quando bem planejada e executada, de melhor prognóstico para o desfecho clínico. Com o maior treinamento e experiência da cirurgia endovascular no trauma, esta opção estará cada vez mais presente nas salas de emergência.

Palavras-chave: Procedimentos Endovasculares. Traumatismos Torácicos. Ferimentos por Arma de Fogo. Aorta Torácica.

Resumo

TUMOR ESTROMAL ESCLEROSANTE NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi[1], Mayara Borges Hipólito[2], Bárbara Paula de Barros Carvalho Pinto[2], Natália Hanke Beutinger[2], Ana Christina Lacerda Lobato[1]

1Mestre em Perinatologia, Hospital Júlia Kubitschek/FHEMIG, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2Médico Residente em Ginecologia e Obstetrícia Hospital Júlia Kubitschek/FHEMIG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi: inessaberaldo@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5840-4740

Tumores do estroma do cordão sexual representam cerca de 8% dos tumores primitivos de ovário e são os mais relacionados com manifestações endócrinas. Entre esses tumores, destaca-se o tumor estromal esclerosante de ovário, neoplasia benigna que compreende cerca de 6% dos tumores do estroma do cordão sexual. Sua apresentação clínica é inespecífica: massa pélvica associada a dor e irregularidade menstrual. Trata-se de BOG, 25 anos, primigesta, que iniciou pré-natal de alto risco com gestação de 32+1 semanas, devido a alteração ultrassonográfica em março de 2021 (imagem cística de paredes finas e septos incompletos, sugestiva de hidrossalpinge) e hipotiroidismo. Em outubro de 2021, foi admitida na maternidade com gestação a termo, devido à rotura prematura de membranas ovulares e aumento pressórico, sem sintomas (150x100mmhg). Evoluiu para parto vaginal, sem intercorrências. Propedêutica para síndrome HELLP dentro da normalidade e relação proteína/creatinina neg ativa. Recebeu alta 24h após o parto. Após 8 dias, paciente retornou à maternidade devido a sangramento vaginal com odor fétido, dor abdominal, disúria e febre. Iniciada antibioticoterapia e solicitada ultrassonografia endovaginal que evidenciou útero aumentado de volume e imagem anexial à direita. Solicitada tomografia de abdome e pelve, que demonstrou imagem ovalada hipoatenuante na pelve, anterior ao útero, com volume de 500ml. Realizada laparotomia exploradora com identificação de massa ovariana íntegra, de cerca de 15cm, sendo realizada exérese. Paciente recebeu alta hospitalar com 48 horas, retornando para acompanhamento ambulatorial. Resultados de exames: alfa-feto proteína 12,9; CA 19-9 4,2; CEA < 0,5; CA 125 34,7. Anatomopatológico: "ovário direito com neoplasia sólida com predomínio de células poligonais e fusiformes". Imunohistoquímica: "neoplasia estromal ovariana bem delimitada, caracterizada pela proliferação e células fusiformes e luteinizadas, disposta em arranjo sólido, pseudolobulado, com vasos sanguíneos de padrão hemangipericítico de permeio; imuniexpressão de inibina e calretinina confirma histogênese estromal; ausência malignidade." Embora raro, o tumor estromal esclerosante é diagnóstico diferencial de massas anexiais unilaterais bem delimitadas, principalmente se associadas a ciclos menstruais irregulares e dor pélvica em mulheres jovens. O caso relatado é essencial, pois esse tipo de tumor é ainda mais raro durante o período gestacional.

Palavras-chave: Gravidez. Neoplasias. Ovário.

Referências:
1. Devins KM, Young RH, Watkins JC. Sclerosing stromal tumour: a clinicopathological study of 100 cases of a distinctive benign ovarian stromal tumour typically occurring in the young. Histopathology. 2022 Jan;80(2):360-368.

2. Gomes Sobrinho DB, Vasconcelos RG, Carvalho BR, Furtado VM, Ramos FA, Silva Netto JP, Freitas MA. Tumor estromal esclerosante de ovário associado à síndrome de Meigs e gestação: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013 Jul;35(7):331-5.

3. Chalvardjian A, Scully RE. Sclerosing stromal tumors of the ovary. Cancer. 1973 Mar;31(3):664-70.

Resumo

ÚLCERAS DE LIPSCHUTZ: UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

Daniela Cristina Machado Tameirão[1], Ana Luiza Fonseca da Silva[2], Juliana Muniz Ferreira Morgado[2], Maria Júlia Tavares Pedro[2], Thallía Vitória Oliveira Mota[2]

1Docente do curso de medicina da Faculdade Atenas, campus de Sete Lagoas Médica pela UFMG e Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO, Sete Lagoas – MG - Brasil.
2Faculdade de medicina da Faculdade Atenas, campus de Sete Lagoas – MG - Brasil.

Daniela Cristina Machado Tameirão: danielacmtameirao@gmail.com; OrcID: 0000-0002-9011-7952.

Objetivo: O objetivo do presente trabalho é apresentar o desafio em investigar uma patologia rara, mas não menos pertinente, que é a úlcera de Lipschutz. O relato de caso visa elencar essa condição como um diagnóstico diferencial das úlceras genitais mediante os aspectos inespecíficos panorâmicos da história clínica e do exame físico. Descrição do Caso: Paciente feminina, 21 anos, apresenta-se ao consultório em 2018 relatando desconforto vulvar há 1 mês, o qual evoluiu para quadro álgico localizado, notando uma úlcera de fundo branco com ardor à higiene e micção. Informa que a úlcera regrediu espontaneamente em 10 dias. Solicitado sorologias VDRL, anti-HIV e HBsAg que resultaram não reagentes. Nos 2 anos seguintes, a paciente apresentou novos episódios da úlcera apresentada, com regressão espontânea. A hipótese diagnóstica considerada foi a doença de Behçet.Em junho de 2022, surgiram 3 úlceras (Figura 1) e houve agravamento da disúria e dor junto a um quadro gripal recorrente. Atendida em outra cidade, foi medicada com Aciclovir, Colchicina e Prednisona. Sem evidenciar melhora, retornou a sua médica que avaliou a história clínica e o aspecto das lesões e apontou como hipótese diagnóstica mais provável, a úlcera de Lipschutz. Foi prescrito anestésico tópico por 7 dias para analgesia até remissão do quadro. Conclusão: A úlcera de Lipschutz é considerada uma patologia rara, mas também subnotificada, devido à complexidade de diagnóstico. Isso deve-se a etiologia incerta e a semelhança a doenças autoimunes (doença de Behçet) e IST. O objetivo deste relato, portanto, é evidenciar que a úlcera de Lipschutz é diagnóstico de exclusão importante e deve ser avaliado junto a infecções recentes, uma vez que estudos revelam reações imunes decorrentes do mimetismo molecular que podem ocasionar úlceras. Posto isso, conclui-se que a lesão ainda não é tão prevalente e logo, há poucos casos relatados na literatura, mas isso não torna o diagnóstico menos pertinente.



Figura 1: úlceras genitais: duas no introito vaginal e outra na

Palavras-chave: Diagnóstico Diferencial. Úlcera. Doenças da Vulva.

Referências Bibliográficas
1. Moise A, Nervo P, Doyen J, Kridelka F, Maquet J, Vandenbossche G. Ulcer of Lipschutz, a rare and unknown cause of genital ulceration. Facts Views Vis Obgyn. 2018 Mar;10(1):55-57.
2. Brito MF, Furtado VL, Guiotti IF, Teixeira AO, Guiotti Neto M, Teixeira EB. Síndrome de Behçet ou úlcera de Lipschütz: desafio diagnóstico. Femina. 2021;49(3):187-92.
3. Brinca A, Canelas MM, Carvalho MJ, Vieira R, Figueiredo A. Lipschütz ulcer (ulcus vulvae acutum): a rare cause of genital lesion. An Bras Dermatol. 2012 Jul-Aug;87(4):622-4.

Resumo

VARIZES COLÔNICAS - RARA COMPLICAÇÃO DA TROMBOSE DE VEIA ESPLÊNICA SECUNDÁRIA A PANCREATITE

Guilherme Grossi Lopes Cançado[1] , Fernanda Maria Farage Osório[1]

1Pós-graduação, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil.
Guilherme Grossi Lopes Cançado: guilhermegrossi@terra.com.br; OrcID: 0000-0002-7824-2152

Introdução: O achado de varizes colônicas ao exame endoscópico do cólon e reto é incomum e raramente é causa de sangramento gastrointestinal. Normalmente resultam de hipertensão portal secundária à cirrose ou obstrução da veia porta. Já a presença de varizes colônicas decorrentes de trombose de veia esplênica com hipertensão segmentar é um evento muito mais raro. Descrição do caso: Paciente de 64 anos, gênero masculino, sabidamente hipertenso e diabético, admitido após repetidos episódios de hematêmese e melena, com repercussão hematimétrica. Submetido inicialmente a endoscopia digestiva alta que revelou varizes de fino-médio calibre em terço distal do esôfago, tortuosas, azuladas, sem manchas vermelhas ou sinal de sangramento recente. Ultrassonografia de abdome demonstrou esplenomegalia isolada, sem alterações hepáticas. Aventada hipótese de hipertensão portal segmentar extra-hepática. Recebeu octreotide em bomba de infusão contínua por 5 dias. Realizada angiotomografia de abdome que evidenciou trombose de veia esplênica associada à extensa rede de colaterais, além de presença de pseudocisto pancreático. Paciente referia episódio prévio de pancreatite biliar há vários anos. Indicada então colonoscopia que revelou varizes em cólon transverso e descendente de médio e grosso calibre. Optado pela intervenção cirúrgica sendo o paciente submetido a esplenectomia e ligadura de varizes colônicas por via laparotômica. Ato sem intercorrências e com boa evolução em pós-operatório mediato. Houve resolução dos episódios de sangramento digestivo. Colonoscopia solicitada 6 meses após o procedimento cirúrgico comprovou desaparecimento completo dos cordões varicosos. Conclusão: A trombose isolada da veia esplênica é uma das causas a ser consideradas nos casos de sangramento decorrente de varizes gastrointestinais, sobretudo naqueles pacientes sem estigmas clínicos ou à propedêutica complementar de doenças hepáticas. Este caso representa uma raríssima forma de hipertensão portal segmentar sintomática, sendo o terceiro caso, descrito na literatura, secundário a trombose de veia esplênica por pancreatite prévia.

Palavras-chave: Trombose Venosa. Veia Esplênica. Varizes. Colo. Pancreatite. Hemorragia Gastrointestinal.

Resumo

XANTOMA ERUPTIVO

Patrícia Barros Dias Bottaro[1], Victória Barros Bottaro[2].

1Dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, mestranda pela Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil.
2Faculdade de Medicina das Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brasil.

Patrícia Barros Dias Bottaro: patibdias@terra.com.br; ID Lattes: 6297774164917882

Introdução: O xantoma eruptivo é uma lesão cutânea benigna causada pela deposição localizada de lipídeos na derme. As lesões são geralmente causadas por níveis elevados de triglicérides séricos que extravasam através dos capilares e são fagocitados pelos macrofagos na derme. As manifestações clínicas variam de pacientes com lesões cutâneas assintomáticas até prurido intenso com fragilidade cutânea. Essa condição ocorre mais comumente nas superfícies extensoras de extremidades, nádegas e ombros, podendo ser causada por hipertrigliceridemia grave, que pode ser devido à diabetes mellitus não controlada, alcoolismo, obesidade mórbida com resistência significativa à insulina e hipotireoidismo descontrolado. Descrição do caso: Paciente G.R.S., sexo feminino, 43 anos, residente de BH, casada, 2 filhos, faxineira. Chega ao consultório de dermatologia relatando "manchas amareladas" no corpo que não coçam. Ao exame físico, apresentava lesões em pápulas amareladas, nos cotovelos, ombros, nádegas e coxas, além de esparsas no abdômen. Feito biópsia, que evidenciou numerosos histiócitos espumosos na derme e células de Touton. História Patológica Pregressa: paciente diabética e hipertensa. Exame laboratorial: colesterol total 760 mg/dl; HDL 40 mg/dl; triglicérides 1100 mg/dl; glicose em jejum 100 mg/dl. Propedêutica: iniciado o uso de nesina, glifage, ciprofibrato, rosuvastatina, após um mês de início do tratamento houve melhora significativa das lesões dermatológicas. Permanece sob controle medicamentoso, e atualmente sem lesões na pele. Conclusão: A pele reflete processos internos e exterioriza o que acontece no organismo em muitas doenças, deixando transparecer os primeiros sinais e/ou sintomas de uma doença interna. Assim a pele extrapola a sua função e acaba por auxiliar no diagnóstico precoce de várias condições. Desse modo, observa-se, com esse caso, a importância de um bom exame clínico dermatológico, visto que pode levar ao diagnóstico de doenças sistêmicas, que podem ser tratadas e prevenidas precocemente, diminuindo a taxa de morbimortalidade. Por fim, a pele é um órgão com fácil acesso, além de ser um local ideal para realização de biópsias, que ajudam a esclarecer o quadro clínico.

Palavras-chave: Xantomatose. Lipídeos. Terapêutica.

Referências bibliográficas:
1. Zaremba J, Zaczkiewicz A, Placek W. Eruptive xanthomas. Postepy Dermatol Alergol. 2013 Dec;30(6):399-402.
2. Digby M, Belli R, McGraw T, Lee A. Eruptive xanthomas as a cutaneous manifestation of hypertriglyceridemia: a case report. J Clin Aesthet Dermatol. 2011 Jan;4(1):44-6.

Resumo

HEMOSTASIA ENDOVASCULAR COM BALÃOOCLUSOR PARA CIRURGIAS DE LESÕES DE VEIACAVA INFERIOR (HEBOC^{R})

Ricardo Yukio Okawa[1] , Túlio Pinho Navarro[2], Flávio Rody da Silva Viana[3]

1- Hospital Santa Monica – Grupo Notre Dame Minas, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
2- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
3- Hospital das Clínicas da UFMG

INTRODUÇÃO: As cirurgias oncológicas, principalmente as hepatectomias segmentares (segmentectomias) são amplamente realizadas em diversos centros de referência no Brasil. Um constante desafio é a redução da morbimortalidade com aperfeiçoamento técnico, principalmente quanto à hemostasia preventiva ou mesmo no tratamento de lesões inadvertidas, estas muito mais graves quando envolvem a veia cava retro hepática. A técnica cirúrgica convencional baseia-se no clampeamento temporário do sistema Porta hepático no Forame de Winslow (Manobra de Pringle) associado com clampeamento proximal e distal da veia cava inferior infra e supra hepática, clampeameto este que pode ser substituído por uma oclusão endovascular por balão. Os traumas do segmento retro hepático da veia cava inferior constituem um grande desafio nas salas de emergência. Com elevados índices de mortalidade imediata , per e pós operatória e, quando resgatados em tempo hábil, submetidos à abordagem convencional , constituem-se em um grande desafio devido ao difícil acesso cirúrgico motivado pela mobilização complexa do fígado em tempo hábil para conter hemorragias. Clampeamentos pré e pós lesão no segmento retro hepático constituem-se em técnica traumática e nem sempre eficaz no controle hemostático. A técnica REBOA (Ressucitative Endovascular Balloon Oclusion of Aorta) é um complemento utilizado na reanimação de pacientes vítimas de trauma com hemorragia não compressível do tronco na qual se introduz um balão oclusor complacente via percutânea com objetivo de interromper o fluxo até o procedimento cirúrgico adequado de hemostasia direta da lesão da Aorta. Esta técnica já foi sugerida para abordagem de lesões de veia cava inferior, principalmente retro hepática de acesso mais difícil, porém as dificuldades técnicas quanto ao controle de pressão do balão, estabilidade hemodinâmica e iartrogenia dificultaram tentativas anteriores. METODOLOGIA: Foram estudados, prospectivamente, pacientes submetidos a cirurgias abertas e videolaparoscopias de grande porte, oncológicas (em sua maioria) e um caso de trauma , utilizando-se a técnica HEBOC R(Hemostasia Endovascular com Balão Oclusor de Veia Cava) como forma de prevenção, referência cirúrgica e terapêutica de lesões de veia cava inferior . Utilizamos para tal um balão oclusor Giant R Scitech (fabricação nacional) 12F introduzido por acesso ecoguiado em veia femoral e posicionado através de três formas: radioscopia , ecoguiado e visão direta ao vídeo com fluorescência com solução de Indocianina green. Nossa amostragem apresentou um (1) caso de trauma de veia retrohepática por arma de fogo, (6) seis hepatectomias segmentares videolaparoscópicas ,(1) uma hepatectomia segmentar aberta , (2) duas amputações abdomino perineais , (1) um tumor de mediastino com pedículo invadindo veia cava infradiafragmática e (1) teratoma de pelve, totalizando (12) doze casos acompanhados com estudo pré operatório com angiotomografia 128 canais com reconstrução 3D MPR HOROS R para referências de navegação. Todos os casos foram avaliados pré, per e pós operatoriamente com avaliação de dados hemodinâmicos , reposição volêmica e de hemoderivados , tempo cirúrgico , intercorrências e tempo de internação em terapia intensiva e e total. Tais dados foram comparados , de acordo com cada grupo estudado , com meta análises constantes na literatura com parâmetros médios de evolução em cirurgias similares convencionais , sem o uso do HEBOC. RESULTADOS: Numa análise geral , todos os pacientes de todos os grupos apresentaram menor perda sanguínea durante o procedimento , refletindo-se numa redução significativa da reposição de hemoderivados (superior a 70% no trauma e entre 30 a 40% menor nos oncológicos).Tal queda se refletiu numa menor permanência em Centro de Terapia intensiva (queda superior a 50%) e de internação em geral. Alterações hemodinâmicas (monitorizadas pela PVC e por ecocardiograma intra operatório) foram mais observadas nos grupos de hepatectomias em que se fazia a oclusão intermitente da veia cava associada à manobra de Pringle durante a ressecção hepática , não sendo bem tolerada em um dos pacientes , no qual se abortou a oclusão com balão (literatura cita até 20% de intolerância à oclusão de veia cava). O uso da fluorescência do balão com Indocianina Green em solução nas videocirurgias com lâmpada de laser mostraram-se eficientes , com posicionamento rápido do balão onde se fizer necessário e como referência de dissecção do pedículo hepático, onde toda a veia cava mostrava-se fluorescente e protegida de lesões iartrogênicas. DISCUSSÃO: A Técnica HEBOCR (Hemostasia Endovascular com Balão Oclusor de Veia Cava) mostrou-se eficaz nesta série de casos iniciais com significativa redução da morbimortalidade em cirurgias de grande porte .A técnica é facilmente replicável pelo Cirurgião Geral após treinamento com Cirurgião Vascular sendo um vasto campo de aplicabilidade da mesma no trauma e principalmente na cirurgia Oncovascular com uma excelente relação custo x benefício comprovada pela redução no tempo de internação, redução do tempo cirúrgico e de iartrogenias , além de significativa redução de hemotransfusões.

Palavras-chave: Hemostasia, Veia Cava, HEBOC, Oncovascular, Fígado.

BIBLIOGRAFIA

1- Moore LJ, Martin CD, Harvin JA, Wade CE, Holcomb JB. Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta for control of noncompressible truncal hemorrhage in the abdomen and pelvis. Am J Surg. 2016 Dec;212(6):1222-1230.
2- DuBose JJ, Scalea TM, Brenner M, Skiada D, Inaba K, Cannon J, et al. The AAST prospective Aortic Occlusion for Resuscitation in Trauma and Acute Care Surgery (AORTA) registry: Data on contemporary utilization and outcomes of aortic occlusion and resuscitative balloon occlusion of the aorta (REBOA).
J Trauma Acute Care Surg. 2016 Sep;81(3):409-19.
3- Pieper A, Thony F, Brun J, Rodière M, Boussat B, Arvieux C, et al. Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta for pelvic blunt trauma and life-threatening hemorrhage: A 20-year experience in a Level I trauma center.
J Trauma Acute Care Surg. 2018 Mar;84(3):449-453.
4- Long B, Hafen L, Koyfman A, Gottlieb M. Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta: A Review for Emergency Clinicians.
J Emerg Med. 2019 Jun;56(6):687-697.
5- Elias K, Engelhardt M. [Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta: Bridge to surgery]. Unfallchirurg 2018 Jul;121(7):537-543.
6- Homsy P, Blomqvist C, Heiskanen I, Vikatmaa L, Tukiainen E, Numminen K, et al. Multidisciplinary Oncovascular Surgery is Safe and Effective in the Treatment of Intra-abdominal and Retroperitoneal Sarcomas: A Retrospective Single Centre Cohort Study and a Comprehensive Literature Review. Eur J Vasc Endovasc Surg; 2020;60(5): 752-763.
7- Woo HY, Ahn S, Min S, Han A, Mo H, Ha J, et al. Crucial Roles of Vascular Surgeons in Oncovascular and Non-Vascular Surgery.
Eur J Vasc Endovasc Surg. 2020; 60(5): 764-771.
8- Reynolds CL, Celio AC, Bridges LC, Mosquera C, O´Connell, Bard MR, et al. REBOA for the IVC? Resuscitative balloon occlusion of the inferior vena cava (REBOVC) to abate massive hemorrhage in retrohepatic vena cava injuries. J Trauma Acute Care Surg. 2017 Dec;83(6):1041-1046.
9- Carrillo L, Skibber M, Kumar A, George M, Aziz S, Harting MT, et al. A Morphometric Model for Endovascular Occlusion of The Retrohepatic Vena Cava in Pediatric Trauma.
J Surg Res. 2019 Sep;241:215-221.
10- Costa CA, Baptista-Silva JCC, Rodrigues LME, Mendonça FLP, Paiva TS, Burihan E . Traumatismos de veia cava inferior. Rev. Col. Bras. Cir. 2005;32(5):244-250.
11-Fonseca GM, Jeismann VB, Kruger JAP, Coelho FF, Montagnini AL, Herman P. LIVER RESECTION IN BRAZIL: A NATIONAL SURVEY. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2018;31(1):e1355.

Resumo

SÍNDROME DE FOME ÓSSEA APÓS PARATIREOIDECTOMIA EM PACIENTE COM HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Andressa Vallotti Balieri, Maria Veloso Rocha Mameluque, Maria Eduarda Mendes Viana, Leandro Lima da Silva, Gustavo Guimarães Moreira Balbi, Louise Fellet Barbosa

Autor correspondente: Andressa Vallotti Balieri. E-mail: avallottib@gmail.com

Resumo

A síndrome de fome óssea é uma rara complicação da paratireoidectomia por hiperparatireoidismo que cursa com hipocalcemia súbita, intensa (cálcio sérico < 8,42 mg/dL) e persistente (duração de > 4 dias pós-operatório), associada a hipofosfatemia e hipomagnesemia. Reportamos o caso de uma paciente feminina de 56 anos com quadro de hiperparatireoidismo por adenoma de paratireoide com quatro anos de evolução, que se apresentou ao diagnóstico com múltiplas lesões líticas em esqueleto axial e fraturas patológicas em fêmur proximal direito e esquerdo. Após paratireoidectomia inferior esquerda evoluiu com síndrome de fome óssea apesar de profilaxia endovenosa com vitamina D, sulfato de magnésio e gluconato de cálcio em altas doses. Neste trabalho, faremos uma revisão de literatura usando as bases de dados Periódicos CAPES, Biblioteca Cochrane e UpToDate acerca do manejo de pacientes em risco de apresentar-se com síndrome de fome óssea no pós-operatório de paratireoidectomia por hiperparatireoidismo.

Palavras-chave: Síndrome de fome óssea. Hipocalcemia. Hiperparatireoidismo primário.

Referências bibliográficas

1 Witteveen JE, van Thiel S, Romijn JA, Hamdy NA. Hungry bone syndrome: still a challenge in the postoperative management of primary hyperparathyroidism: a systematic review of the literature. Eur J Endocrinol. 2013;168(3):R45-R53.

2 Jain N, Reilly RF. Hungry bone syndrome. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2017;26(4):250-255.

3 Arhire AI, Stefan C, Florea S, Tau S, Barbu CG. Hungry bone syndrome – a foreseen complication: theory versus practice. Arch Clin Cases. 2015; 2(4): 216-221.

4 Mayilvaganan S, Vijaya Sarathi HA, Shivaprasad C. Preoperative zoledronic acid therapy prevent hungry bone syndrome in patients with primary hyperparathyroidism. Indian J Endocrinol Metab. 2017;21(1):76-79.

5 Salman MA, Rabiee A, Salman AA, Youssef A, Shaaban HE-D, Ftohy T, et al. Role of vitamin D supplements in prevention of hungry bone syndrome after successful parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism: A prospective study. Scand J Surg. 2021;110 (3):329-334.

6 Quarles LD. Hungry bone syndrome following parathyroidectomy in end-stage kidney disease patients [Internet]. UptoDate 2022 June 17. [cited 2022 Ago 02]. Avaible on: < https://www.uptodate.com/contents/hungry-bone-syndrome-following-parathyroidectomy-in-end-stagekidney-diseasepatients?search=hungry%20bone%20syndrome&source=search_result&selectedTitle=1~34&usage_t ype=default&display_rank=1>.

Resumo

SÍNDROME HEMATOFAGOCÍTICA RELACIONADA A LEISHMANIOSE VISCERAL: RELATO DE CASO

Victor Ribeiro Miamoto[1], Cecília Tavares Barbosa[1], Júlia Lages Motta[2], Bruce Henrique Santos[3], Antônio Vaz Macedo[4], Leonardo Meira de Faria[5].

1. Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais HPMMG
2 - Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais HPMMG
3 - Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais HPMMG
4 - Hospital IPSEMG, Hospital das Clínicas da UFMG, Mestre em Ciências da Saúde, UFMG.
5 - Hospital João XXIII, Hospital Felício Rocho HFR, Hospital Júlia Kubitschek HJK, Universidade Federal de Minas Gerais UFMG, Faculdade de Medicina Ciências Médicas de Minas Gerais FMCMMG, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais HPMMG

Autor correspondente: Leonardo Meira de Faria. E-mail: leonardomeiradefaria@gmail.com

Introdução: A linfohistiocitose hemofagocítica (LHH) é uma doença rara caracterizada por intensa desregulação imune que se desenvolve no contexto de condição genética ou reacional, sendo a Leishmaniose Visceral (LV) um possível gatilho. O diagnóstico é desafiador, considerando a falta de especificidade dos critérios e ausência de padrões-ouro confirmatórios. Nesse cenário, relatamos o caso de um adulto com LV complicada por LHH, posteriormente confirmada por exame de medula óssea. Descrição do caso: Homem de 72 anos, com passado de HAS e ectasia aórtica, admitido com quadro de febre, fadiga, tosse seca e dispneia de evolução há três meses. Apresentava-se pálido, emagrecido, taquicárdico, taquipneico e com hepatoesplenomegalia. Fez uso de antibiótico de largo espectro, sem melhora do quadro, com resultados de culturas negativas. TC de abdome confirmou hepatoesplenomegalia, sem outros achados. Propedêutica complementar laboratorial evidenciou pancitopenia e reticulopenia, além de elevação de marcadores inflamatórios (PCR, LDH e ferritina), transaminases hepáticas, provas de coagulação e escórias renais. Dentre as sorologias, IgG positivo e IgM negativo para leishmaniose. A biópsia da medula óssea revelou espaços medulares hipercelulares, eritróides e hemofagocitose proeminente com corpos de Leishmania donovani (LD); o esfregaço revelou uma medula hipercelular com hiperplasia eritróide normoblástica, eritrócitos fagocitados e células linfoplasmocitárias aumentadas/atípicas. Diante do quadro clínico e dos achados laboratoriais, foi feito o diagnóstico de LHH e iniciado tratamento com anfotericina B lipossomal, dexametasona, etoposido e imunoglobulina intravenosa. O paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, necessitando ventilação mecânica e hemodiálise, mas com melhora progressiva após instituição do tratamento tratamento, recebendo alta após 27 dias com resolução quase completa da organomegalia e melhora da pancitopenia no seguimento ambulatorial. Conclusão: Os achados clínicos, a valorização da sorologia de leishmaniose e o estudo da medula óssea somados ao conhecimento sobre essa rara afecção foram fundamentais para o diagnóstico e tratamento efetivo do paciente. Ressalta-se a importância da sistematização na investigação da febre de origem indeterminada e a inclusão de condições típicas da realidade brasileira no escopo diagnóstico para o desfecho do caso.

Palavras-chave: Linfo-Histiocitose Hemofagocítica. Leishmaniose Visceral. Pancitopenia.

Referências Bibliográficas:
1- Rosée PL, Horne A, Hines M, Greenwood TvB, Machowicz R, Berliner N, et al. Recommendations for the management of hemophagocytic lymphohistiocytosis in adults. Blood. 2019; 133(23): 2465-2477.
2- Al-Samkari H, Berliner N. Hemophagocytic lymphohistiocytosis. Ann Rev Pathol. 2018;13: 27-49.
3- Griffin G, Shenoi S, Hughes GC. Hemophagocytic lymphohistiocytosis: an update on pathogenesis, diagnosis, and therapy. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2020;34(4):101515.
4- Jordan MB, Allen CE, Greenberg J, Henry M, Hermiston ML, Kumar A, et al. Challenges in the diagnosis of hemophagocytic lymphohistiocytosis: recommendations from the North American Consortium for Histiocytosis (NACHO). Pediatr Blood Cancer. 2019;66(11): e27929.
5- Carter SJ, Tattersal RS, Ramanan AV. Macrophage activation syndrome in adults: recent advances in pathophysiology, diagnosis and treatment. Rheumatology (Oxford). 2019; 58(1): 5-17.
6- Skinner J, Yankey B, Shelton BK. Hemophagocytic Lymphohistiocytosis. AACN Adv Crit Care. 2019;30(2):151-164.

Normas de Publicação

1. A Revista Médica de Minas Gerais (RMMG) destina se à publicação de artigos originais, revisões, atualizações terapêuticas, relatos de casos, notas técnicas, comentários, pontos de vista e imagens inéditas das especialidades médicas e demais ciências da saúde.

2. A revista tem periodicidade continuada, a partir de 2016, com a seguinte estrutura: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Atualização Terapêutica, Educação Médica, História da Medicina, Relatos de Caso, Comentários ou Pontos de vista, Imagens, Cartas aos Editores, Comunicados das Instituições Mantenedoras e as Normas de Publicação.

2.1 Para efeito de categorização dos artigos, considera-se:
a) Artigo Original: trabalhos que desenvolvam crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte da medicina, biologia e matérias afins que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
b) Artigos de Revisão: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagem dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
c) Atualização Terapêutica: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre a terapêutica em medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar a abordagem sobre os vários processos utilizados na recuperação do ser humano de situações que alteram suas relações saúde doença.
d) Relato de Caso: trabalhos que apresentam a experiência médica, biológica ou de matérias afins em função da discussão do raciocínio, lógica, ética, abordagem, tática, estratégia, modo, alerta de problemas usuais ou não, que ressaltam sua importância na atuação prática e mostrem caminhos, conduta e comportamento para sua solução.
e) Educação Médica: trabalhos que apresentam avaliação, análise, estudo, relato, inferência sobre a experiência didático-pedagógica e filosófica, sobre os processos de educação em medicina, biologia e matérias afins.
f) História da Medicina: trabalhos que revelam o estudo crítico, filosófico, jornalístico, descritivo, comparativo ou não sobre o desenvolvimento, ao longo do tempo, dos fatos que contribuíram para a história humana relacionada à medicina, biologia e matérias afins;
g) Comentários ou Pontos de Vista: Apresentação de comentários, opiniões ou ponto de vista sobre assuntos de relevância em todos os campos da medicina, biologia e ciências da saúde em geral, a convite ou demanda espontânea;
h) Imagem: Flagrantes registrados de momentos, fenômenos, situações que descrevem alterações biológicas ou médicas de importância para a atualização, reciclagem de conhecimentos, revelados por sua aparência com a descrição e discussão sucinta do registro e indicação de referencias para estudo do assunto;
i) Cartas aos Editores: correspondências de leitores comentando, discutindo ou criticando artigos publicados na revista. Sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta;

3. Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da RMMG (Editor Geral, Editores Associados, Conselho Editorial, Revisores e Consultores Ad Hoc). Um trabalho submetido é primeiramente protocolado e analisado quanto a sua apresentação e normas, estando estas em conformidade, o trabalho é repassado aos Editores Associados que indicarão dois revisores da especialidade correspondente. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, os Editores Associados os avalia e decide pela aceitação do artigo, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Um manuscrito pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos mas cada versão é sempre analisada pelos revisores, Editores Associados e/ou o Editor Geral, que detém o poder da decisão final, podendo a qualquer momento ter sua aceitação ou recusa determinada.

4. Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 , e para os manuscritos que envolveram apoio financeiro, este deve estar explicito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

5. Os trabalhos devem ser submetidos no sistema de submissão online, no site da RMMG <www.rmg.org>, inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do manuscrito, dirigida ao Editor Geral, indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo.

6. Os trabalhos devem ser digitalizados utilizando-se a seguinte configuração: margens esquerda e superior de 3cm e direita e inferior de 2cm; tamanho de papel formato A4 (21 cm X 29,7 cm); espaço entrelinhas de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
7.Para efeito de normalização adota-se o "Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas" (International Committee of Medical Journal Editors)- Estilo Vancouver - disponível em: <http://www.icmje.org/>

8. As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo. As referencias consequentemente são em ordem numérica e devem ser apresentadas

9. Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:
a. Primeira Página: Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) profissão, maior título, categoria(s) funcional(is) e respectivas(s) afiliação(ções); indicação da instituição onde o trabalho foi realizado; endereço para correspondência; indicação da categoria do artigo (ver item 2.1);
b. Segunda Página: Título em português e inglês; Resumo e Abstract (em formato semi-estruturado para os artigos originais)* do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras; Palavras-chave e Keywords, de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-(DECS) da BIREME (http://bvsalud.org/);
c. Terceira Página: TEXTO> Introdução Material, Casuística e Método ou Descrição do Caso, Resultados, Discussão e/ou Comentários (quando couber) e Conclusões;
d. Agradecimentos (Opcional);
e. Referências como especificado no item 7 dessa norma;
i. *Normas: O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria "artigos originais", compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais indicadas pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.

10. As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

11. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

12. Lista de Checagem: Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem a seguir:
a. Página de Rosto com todas as informações solicitadas;
b. Resumo em Português com Palavras-Chave;
c. Resumo em Inglês – Abstract e Keywords
d. Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);
e. Referências no estilo Vancouver, numeradas em Ordem de aparecimento das citações no texto;
f. Tabelas Numeradas por Ordem de aparecimento
g. Figuras numeradas por ordem de aparecimento;
h. Legendas e fontes das Tabelas e figuras.

A RMMG É RESULTADO DA PARCERIA ENTRE AS SEGUINTES INSTITUIÇÕES:

AMMG

BIBLIOTECA VIRTUAL
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MINAS GERAIS

PATROCINADORES

Oregon SEGUROS

SICOOB CREDICOM