XII CONGRESSO MÉDICO DA REGIÃO CENTRO - SUL DE MINAS GERAIS -

“NOVOS DESAFIOS E REINCIDÊNCIAS NA SAÚDE CONTEMPORÂNEA: ABORDANDO DOENÇAS EM ASCENSÃO”

1° SEMESTRE – 2024

CNA - Nº 1296915

Resumo

APLICAÇÃO DE TESTE RÁPIDO COM PESQUISA POR BIOLOGIA MOLECULAR DE NEISSERIA GONORRHOEAE E CHLAMYDIA TRACHOMATIS EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO – RELATO DE CASO

Amanda Chereze Galdino[1], Maria Eduarda Netto Lopes da Costa[1], Renan Gonçalves Furtado Ramos[1], Yasmin Ribeiro Lima[1], Hebert José Fernandes[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Amanda Chereze Gladino. E-mail: amanda_chereze12@outlook.com

INTRODUÇÃO: A gonorreia e a clamídia são infecções bacterianas frequentes causadas pela *Neisseria Gonorrhoeae* e *Clamydia trachomatis* respectivamente, a transmissão é realizada por contato sexual ou perinatal. Os pacientes do sexo masculino sintomáticos, podem apresentar secreção purulenta uretral e algúria, já em pacientes sintomáticas do sexo feminino, são comuns queixas de corrimento vaginal, dor abdominal e dispareunia, em ambos os sexos há a possibilidade de complicações mais graves podendo causar infertilidade a depender da evolução da doença. Entretanto, há também pacientes assintomáticos considerados de alto risco para adquirir e transmitir infecções sexualmente transmissíveis (IST´s) que podem ser triados por testes de amplificação de ácido nucleico (NAATs), baseando-se em comportamentos de risco (exemplo: múltiplos parceiros sexuais ou parceiro com diagnóstico de IST´s) e histórias pregressas de outras IST´s. **RELATO DE CASO:** Paciente procura atendimento para realizar teste rápido após término de relacionamento, relata o uso de preservativo durante o ato sexual com o ex-parceiro(a), com exceção do sexo oral, sendo informado dos riscos de contrair IST´s mesmo nessa modalidade. Foi informado pelo paciente, um número significativo de exposições no último ano (comportamento de risco), por isso foi recomendada a profilaxia pré-exposição (PREP) como forma complementar associada ao uso do preservativo. Não apresentava sintomas no momento da consulta ou tratamento prévio para alguma IST. Foi encaminhado para a testagem, apresentando teste positivo para gonorreia e negativo para clamídia, sendo assim, foi instalado o tratamento para gonorreia. **DISCUSSÃO:** Diante desse caso e com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) que estima que em 2020 mais de 1 milhão de pessoas contraíram alguma IST curável, dentre elas a gonorreia e a clamídia, nota-se que a estimativa desse número de pessoas contaminadas, não é totalmente condizente com a realidade de muitos locais onde não são realizadas as testagens e tratamentos corretos, seja por falta de informação, recursos ou pessoas assintomáticas que não procuram atendimento. Por isso, é imprescindível ressaltar que o rastreio de pessoas assintomáticas com gonorreia desempenha um papel crucial na prevenção da propagação da doença, na redução de complicações para a saúde individual e coletiva, e na preservação da eficácia dos tratamentos disponíveis. Identificar indivíduos infectados mesmo antes do aparecimento de sintomas permite que sejam tratados precocemente, interrompendo assim a cadeia de transmissão da infecção. O desenvolvimento de resistência antimicrobiana também é um importante tema a ser levado em consideração, visto que com o aumento do uso indiscriminado de antibióticos, as cepas de *Neisseria Gonorrhoeae* e *Clamydia trachomatis*, têm mostrado crescente resistência aos tratamentos convencionais. O rastreio e o tratamento precoce podem ajudar a reduzir a pressão seletiva sobre as bactérias, diminuindo assim o desenvolvimento de resistência antimicrobiana. Esforços contínuos para promover o rastreio e o diagnóstico precoce da gonorreia, clamídia e outras IST´s, são essenciais para enfrentar esse desafio de saúde pública e melhorar os resultados de saúde para a população em geral.

Palavras-chave: Teste rápido. Pacientes assintomáticos. Infecções sexualmente transmissíveis.

Abstract

APPLICATION OF RAPID TEST TO RESEARCH MOLECULAR BIOLOGY OF NEISSERIA GONORRHOEAE AND CHLAMYDIA TRACHOMATIS IN ASYMPTOMATIC PATIENT – CASE REPORT

Amanda Chereze Galdino[1], Maria Eduarda Netto Lopes da Costa[1], Renan Gonçalves Furtado Ramos[1], Yasmin Ribeiro Lima[1], Hebert José Fernandes[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Corresponding author: Amanda Chereze Gladino. E-mail: amanda_chereze12@outlook.com

INTRODUCTION: Gonorrhea and chlamydia are common bacterial infections caused by Neisseria Gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis respectively, transmission is carried out through sexual or perinatal contact. Symptomatic male patients may present with purulent urethral secretion and alguria, whereas symptomatic female patients have complaints of vaginal discharge, abdominal pain and dyspareunia, in both sexes there is the possibility of more serious complications which may cause infertility. depending on the evolution of the disease. However, there are also asymptomatic patients considered at high risk for acquiring and transmitting sexually transmitted infections (STIs) who can be screened by nucleic acid amplification tests (NAATs), based on risk behaviors (example: multiple sexual partners or partner diagnosed with STIs) and previous histories of other STIs. **CASE REPORT:** Patient seeks care for a quick test after ending a relationship, reports using a condom during sexual intercourse with his ex- partner, with the exception of oral sex, being informed of the risks of contracting STIs himself in this modality. The patient reported a significant number of exposures in the last year (risk behavior), which is why pre-exposure prophylaxis (PREP) was recommended as a complementary form associated with condom use. He had no symptoms at the time of consultation or previous treatment for any STI. He was sent for testing, testing positive for gonorrhea and negative for chlamydia, therefore, treatment for gonorrhea was implemented. **DISCUSSION:** Given this case and with data from the World Health Organization (WHO) which estimates that in 2020 more than 1 million people contracted some curable STI, including gonorrhea and chlamydia, it is noted that the estimate of this number of people contaminated, is not fully consistent with the reality of many places where correct testing and treatments are not carried out, either due to lack of information, resources or asymptomatic people who do not seek care. Therefore, it is essential to emphasize that screening asymptomatic people with gonorrhea plays a crucial role in preventing the spread of the disease, reducing complications for individual and collective health, and preserving the effectiveness of available treatments. Identifying infected individuals even before symptoms appear allows them to be treated early, thus interrupting the infection transmission chain. The development of antimicrobial resistance is also an important topic to be taken into consideration, since with the increase in the indiscriminate use of antibiotics, strains of Neisseria Gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis have shown increasing resistance to conventional treatments. Early screening and treatment can help reduce selective pressure on bacteria, thereby decreasing the development of antimicrobial resistance. Continued efforts to promote screening and early diagnosis of gonorrhea, chlamydia and other STIs are essential to address this public health challenge and improve health outcomes for the general population.

Keywords: Rapid test. Asymptomatic patients. Sexually transmitted infections.

Resumo

CARCINOMATOSE CUTÂNEA ASSOCIADA A CÂNCER DE MAMA: RELATO DE CASO

Ana Clara Martins Quirino[1], Emily Botelho Nunes[1], Lara Ribeiro Vilela[2]

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil
[2] Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás - Brasil

Autor responsável: Ana Clara Martins Quirino. E-mail: anaclaraquirino00@gmail.com

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é, entre as mulheres, a neoplasia mais frequente e a maior causa de morte por câncer no mundo. Ao diagnóstico, 30% das pacientes apresentam metástases à distância. Nesse cenário, concomitante à progressão da doença pode haver infiltração da pele por células procedentes do tumor, predominantemente por invasão linfática ou hematogênica, gerando um quadro de carcinomatose cutânea. Esse tipo de metástase acomete de 0,7% a 10,4% de todos os pacientes com câncer e pode surgir de forma simultânea às metástases incidentes em outros órgãos ou até mesmo como o primeiro sinal a indicar a presença de neoplasia maligna subjacente e oculta. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 70 anos de idade, apresenta múltiplas lesões ulcerovegetativas e hemorrágicas, com aspecto eritematoso, dor local e odor fétido. Inicialmente, o quadro surgiu como um nódulo doloroso e endurecido na região axilar esquerda e com crescimento rápido (figura 1). Progressivamente, as lesões se estenderam de toda a parede torácica esquerda para a região infraclavicular e parte superior do braço que, por sua vez, apresentava aumento global de volume devido a linfedema crônico (figura 2 e 3). Como antecedentes prévios, a paciente referia câncer de mama esquerda diagnosticado há dez anos e tratado à época por quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, mastectomia total à esquerda e linfadenectomia do mesmo lado. Sete anos após o diagnóstico, houve recidiva linfonodal e progressão da doença. O estudo anatomopatológico mostrou a presença de um adenocarcinoma invadindo e ocupando toda a derme. A imunomarcação foi positiva para HER2, negativa para receptores de estrógenos e de progesterona, com Ki-67 de 60%, indicando se tratar de metástase de carcinoma ductal invasivo da mama. Foram realizadas novas sessões de quimioterapia até a quinta linha, com pouca resposta. Atualmente a paciente segue com acompanhamento pelo setor de cuidados paliativos, visando principalmente o controle da dor e do sangramento das lesões. **DISCUSSÃO:** A carcinomatose cutânea obedece, em geral, ao princípio de localização segundo a região topográfica próxima aos sítios primários , que são com maior frequência, tumores de mama, trato gastrointestinal e pulmão. Clinicamente, o padrão de apresentação é variável, sendo mais comum lesões sólidas papulosas ou nodulares, em número variável, normocrômicas ou eritematosas. O diagnóstico é baseado na análise clínica, histopatológica e imuno-histoquímica. Não há consenso sobre o tratamento, porém, de modo geral, deve ser direcionado ao tumor primário. Como na maioria das vezes indica doença avançada, a terapia sistêmica antineoplásica geralmente é a opção terapêutica escolhida. Quanto ao prognóstico, devido aos avanços na terapia do câncer, a expectativa de vida dos pacientes com metástases cutâneas aumentou, mas continuam a ser um fator determinante de mau prognóstico.

Palavras-chave: Carcinomatose cutânea. Câncer de mama. Metástases. Lesões de pele. Disseminação.



Figura 1: apresentação inicial da lesão. **Figura 2 e 3:** evolução da lesão.

Abstract

CUTANEOUS CARCINOMATOSIS ASSOCIATED WITH BREAST CANCER: CASE REPORT

Ana Clara Martins Quirino[1], Emily Botelho Nunes[1], Lara Ribeiro Vilela[2]

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil
[2] Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás - Brasil

Responsible author: Ana Clara Martins Quirino. E-mail: anaclaraquirino00@gmail.com

INTRODUCTION: Among women, breast cancer is the most common neoplasm and the biggest cause of death from cancer in the world. At diagnosis, 30% of patients present distant metastases. In this scenario, concomitant with the progression of the disease, there may be infiltration of the skin by cells originating from the tumor, predominantly through lymphatic or hematogenous invasion, generating a condition of cutaneous carcinomatosis. This type of metastasis affects 0.7% to 10.4% of all cancer patients and can appear simultaneously with metastases in other organs or even as the first sign to indicate the presence of an underlying and occult malignancy. **CASE REPORT:** Female patient, 70 years old, presents with multiple ulcerovegetative and hemorrhagic lesions, with an erythematous appearance, local pain and a foul odor. Initially, the condition appeared as a painful, hardened nodule in the left axillary region that grew rapidly (figure 1). Progressively, the lesions extended from the entire left chest wall to the infraclavicular region and upper part of the arm, which, in turn, presented a global increase in volume due to chronic lymphedema (figures 2 and 3). As a previous history, the patient reported left breast cancer diagnosed ten years ago and treated at the time by neoadjuvant chemotherapy and radiotherapy, total mastectomy on the left and lymphadenectomy on the same side. Seven years after diagnosis, lymph node recurrence and disease progression occurred. The anatomopathological study showed the presence of an adenocarcinoma invading and occupying the entire dermis. The immunostaining was positive for HER2, negative for estrogen and progesterone receptors, with Ki-67 of 60%, indicating that it was metastasis from invasive ductal carcinoma of the breast. New chemotherapy sessions were carried out up to the fifth line, with little response. Currently, the patient continues to be monitored by the palliative care sector, mainly aimed at controlling pain and bleeding from the injuries. **DISCUSSION**: Cutaneous carcinomatosis generally follows the principle of localization according to the topographic region close to the primary sites, which are most frequently tumors of the breast, gastrointestinal tract and lung. Clinically, the pattern of presentation is variable, with solid papular or nodular lesions being more common, in variable numbers, normochromic or erythematous. Diagnosis is based on clinical, histopathological and immunohistochemical analysis. There is no consensus on treatment, however, in general, it should be directed to the primary tumor. As it most often indicates advanced disease, systemic antineoplastic therapy is generally the therapeutic option chosen. Regarding prognosis, due to advances in cancer therapy, the life expectancy of patients with cutaneous metastases has increased, but they continue to be a determining factor in poor prognosis.
Keywords: Cutaneous carcinomatosis. Breast cancer. Metastases. Skin lesions. Dissemination.



Figure 1: initial presentation of the injury. **Figure 2 and 3:** evolution of the lesion.

Resumo

CITOMEGALOVÍRUS AGUDO COM LINFADENITE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Larissa Maria Soares de Araújo[1], Júlia Ellen da Silva Sandy[1], Maria Eduarda Netto Lopes da Costa [1], Herbert José Fernandes[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Larissa Maria Soares de Araújo. E-mail: larissasoares.msa@gmail.com

INTRODUÇÃO: O citomegalovírus (CMV) é um herpesvírus, constitui uma infecção comum que afeta todas as idades e possui espectro clínico diversificado, dependente do estado imunológico do hospedeiro. Crianças imunocompetentes são frequentemente assintomáticas, contudo, podem apresentar-se com síndrome semelhante à mononucleose, com febre significativa e prolongada, além de sintomas sistêmicos e adenomegalia de instalação abrupta, sendo imprescindível diagnóstico diferencial com o vírus Ebstein-Barr. Geralmente, é autolimitado e evolui sem sequelas, logo, há cuidados de suporte. O diagnóstico parte da suspeição clínica e da realização de testes sorológicos. Alguns pacientes evoluem com linfadenite heterogênea, uma manifestação rara e com poucos estudos conclusivos. Dessa forma, o presente relato objetiva descrever um caso de CMV agudo com linfadenite epitroclear. **RELATO DE CASO:** Paciente, masculino, 6 anos, compareceu ao pronto atendimento pediátrico com queixa de febre e dor no membro superior esquerdo, há 10 dias. Ao exame físico, foi constatado edema e calor na região interna do braço esquerdo, associado a dor à mobilização, além de linfonodomegalia axilar de aproximadamente 1 cm, móvel e dolorida à palpação. Em uso de amoxicilina + clavulanato há 4 dias. Apresentava leucocitose e marcadores inflamatórios tocados. Demais exames sem alterações. Foi encaminhado para internação hospitalar em uso de ceftriaxona e oxacilina por 10 dias e azitromicina por 5 dias, considerada a possibilidade de abscesso epitroclear, em virtude de celulite local, aventada hipótese de infecção bacteriana. Ultrassonografia epicondilar esquerda evidenciou linfadenite epitroclear, com pequena coleção inflamatória adjacente, e tomografia computadorizada apresentou coleção epitroclear. Diante disso, pesquisou-se provável etiologia fúngica, doença da arranhadura do gato e esporotricose, com resultados negativos. Solicitou-se sorologia para as principais infecções congênitas que se enquadram no diagnóstico diferencial da síndrome mono-like (grupo TORCHS - toxoplasmose, rubéola, CMV, herpes, sífilis e outros), que possuem apresentação inicial indistinguível. Ao resultado, IgM positivo para CMV, caracterizando infecção aguda. Após 14 dias da alta hospitalar, não houve melhora do aspecto do linfonodo no epicôndilo esquerdo ao uso do antibiótico, somente após a drenagem local, corroborando para a confirmação do quadro de CMV. Posteriormente, continuou em acompanhamento ambulatorial com sintomáticos e vem evoluindo com resolução dos sintomas. **DISCUSSÃO:** Na maioria dos casos, a infecção pelo CMV, quando sintomática, exibe-se com a síndrome mononucleose-like, com febre prolongada, sudorese, mialgia, hepatomegalia, exantema, adenomegalia e linfocitose. A presença da linfonodomegalia é mais comum na região cervical e mais rara na região epitroclear. A apresentação da linfadenite, que consiste não apenas no aumento dos gânglios linfáticos, como também na inflamação deles, ocasionando edema, dor, calor e rubor, é rara no citomegalovírus. Ademais, a linfadenite pode vir a apresentar abscesso, com coleção de pus. As pesquisas que envolvem o achado da linfadenite no CMV são escassas, desconhecendo-se a frequência desse achado. Acredita-se que tal inflamação linfonodal no CMV ocorra tanto em pacientes imunocomprometidos como em imunocompetentes. Destarte, a exibição da infecção pelo CMV com predomínio de linfadenite é um fator que pode tornar a busca pelo diagnóstico um desafio, tendo em vista que foge dos achados usuais.

Palavras-chave: Citomegalovirus. Diagnóstico. Linfadenite.

Abstract

ACUTE CYTOMEGALOVIRUS WITH LYMPHADENITIS: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Larissa Maria Soares de Araújo[1], Júlia Ellen da Silva Sandy[1], Maria Eduarda Netto Lopes da Costa [1], Herbert José Fernandes[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais – Brasil

Corresponding author: Larissa Maria Soares de Araújo. E-mail: larissasoares.msa@gmail.com

INTRODUCTION: Cytomegalovirus (CMV), a herpesvirus, is a common infection that affects all ages and has a diverse clinical spectrum, depending on the host's immune status. Immunocompetent children are often asymptomatic, however, they can present a syndrome similar to mononucleosis, with significant and prolonged fever, as well as systemic symptoms and abrupt adenomegaly, making differential diagnosis with Ebstein-Barr virus essential. It is usually self-limiting and evolves without sequelae, so supportive care is available. Diagnosis is based on clinical suspicion and serological tests. Some patients develop heterogeneous lymphadenitis, a rare manifestation with few conclusive studies. This report aims to describe a case of acute CMV with epitrochlear lymphadenitis. **CASE REPORT:** A 6-year-old male patient came to the pediatric emergency department complaining of fever and pain in the left upper limb, for 10 days. Physical examination revealed edema and warmth in the inner region of the left arm, associated with pain on mobilization, as well as axillary lymph node enlargement of approximately 1 cm, mobile and painful on palpation. He had been taking amoxicillin + clavulanate for 4 days. Presendeted leukocytosis and altered inflammatory markers. Other tests were unchanged. The patient was referred to hospital for ceftriaxone and oxacillin for 10 days and azithromycin for 5 days, considering the possibility of an epitrochlear abscess due to local cellulitis, a bacterial infection was suggested. A left epicondylar ultrasound showed epitrochlear lymphadenitis, with a small adjacent inflammatory collection, and a CT scan showed an epitrochlear collection. In view of this, the probable fungal etiology, cat scratch disease and sporotrichosis were investigated, with negative results. Serology was requested for the main congenital infections included in the differential diagnosis of mono-like syndrome (TORCHS group - toxoplasmosis, rubella, CMV, herpes, syphilis and others), which have an indistinguishable initial presentation. Presented IgM positive for CMV, characterizing acute infection. After 14 days in hospital, there was no improvement in the appearance of the lymph node on the left epicondyle when antibiotics were used, only after local drainage, corroborating the confirmation of CMV. Subsequently, he continued to be followed up as an outpatient with symptomatic drugs and his symptoms have resolved. **DISCUSSION:** Mostly, CMV infection, when symptomatic, presents with a mononucleosis-like syndrome, with prolonged fever, sweating, myalgia, hepatomegaly, exanthema, adenomegaly and lymphocytosis. The presence of lymph node enlargement is more common in the cervical region and rarer in the epitrochlear region. The presentation of lymphadenitis, which consists not only of enlarged lymph nodes, but also their inflammation, causing edema, pain, heat and redness, is rare in cytomegalovirus. In addition, lymphadenitis can lead to abscesses, with collections of pus. Research involving the finding of lymphadenitis in CMV is scarce and the frequency of this finding is unknown. It is believed that lymph node inflammation in CMV occurs in both immunocompromised and immunocompetent patients. Thus, the presence of CMV infection with a predominance of lymphadenitis is a factor that can make the search for a diagnosis a challenge, as it differs from the usual findings.

Keywords: Cytomegalovirus. Diagnosis. Lymphadenite.

Resumo

CORRELAÇÃO ENTRE DOIS ESCORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E PARÂMETROS CLÍNICOS EM IDOSOS COM SUSPEITA DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Juliano Bergamaschine Mata Diz[1], Andréia de Fátima Gonçalves Quintão [1], Ricardo Bageto Vespoli [1], Tânia Maria Gonçalves Quintão Santana[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Juliano Bergamaschine Mata Diz. E-mail: julianodiz@gmail.com

INTRODUÇÃO: A síndrome coronariana aguda (SCA) é uma das principais causas de morbimortalidade na população idosa. Diante disso, é de suma importância estimar o risco de evolução adversa dos pacientes idosos com suspeita de SCA. Dentre os vários instrumentos propostos para se avaliar o risco cardiovascular nesses pacientes, o escores *Global Registry of Acute Coronary Events* (*GRACE*) e *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (*TIMI*) têm sido utilizados na prática clínica como uma estratégia rápida, válida e confiável. Entretanto, poucos estudos têm investigado a relação direta desses escores com variáveis clínicas relevantes tais como idade, pressão arterial e dados laboratoriais. Do conhecimento dos autores, esse é o primeiro estudo a investigar a relação dos escores *GRACE*/ *TIMI* com parâmetros clínicos em idosos com suspeita de SCA. **OBJETIVO:** Verificar a correlação dos escores de risco cardiovascular *GRACE*/ *TIMI* com parâmetros clínicos em pacientes idosos com suspeita de SCA. **MÉTODO:** Estudo observacional transversal que incluiu por conveniência uma amostra de 104 pacientes idosos (≥60 anos) com suspeita de SCA admitidos no Serviço de Cardiologia do Hospital Ibiapaba em Barbacena-MG. Os dados foram coletados por meio de um questionário multidimensional entre os meses de setembro/2021 e setembro/2022. Foram incluídos pacientes adultos de ambos os sexos com suspeita de SCA, cujos prontuários contivessem informações necessárias para aplicação dos escores de risco cardiovascular *GRACE*/ *TIMI*. Foram excluídos pacientes com infarto agudo do miocárdio que apresentassem supradesnivelamento do segmento ST, devido a necessidade de intervenção hemodinâmica imediata. Os escores *GRACE* e *TIMI* variam entre 0−7 e 0−266 pontos, respectivamente. Quanto maior a pontuação, maior o risco cardiovascular. O coeficiente de Spearman foi utilizado para avaliar a correlação de ambos os escores com os seguintes parâmetros clínicos: idade (anos), Classe Killip (I−IV), pressão arterial sistólica-PAS e diastólica-PAD (mmHg), frequência cardíaca-FC (bpm) e creatinina sérica (mg/dL). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena (parecer-4.883.660). **RESULTADOS:** A maioria dos participantes era do sexo masculino (63,5%). A média de idade foi de 69,3±6,6 (variando entre 60 e 92) anos. Para o escore *GRACE*, foram obtidas as seguintes correlações significativas: positivas e moderadas com idade (0,43), Classe Killip (0,54) e FC (0,50); positiva e fraca com creatinina sérica (0,34); e negativa e fraca com PAS (-0,25) (Quadro 1a). Para o escore *TIMI*, foram obtidas as seguintes correlações significativas: positivas e fracas com idade (0,24) e PAD (0,30) (Quadro 1b). **Conclusão:** Os achados do presente estudo evidenciam a importância de se conduzir de forma cuidadosa a propedêutica semiológica e laboratorial de pacientes idosos com suspeita de SCA. Destaca-se a relação do escore *GRACE* com a grande maioria dos parâmetros clínicos investigados, sobretudo, idade, Classe Killip e FC. Médicos devem estar muito atentos quando esses parâmetros são/estão aumentados em pacientes idosos com suspeita de SCA. O escore *TIMI* parece ter uma relação incerta com os parâmetros clínicos aqui avaliados. Estudos longitudinais futuros são necessários para corroborar a associação entre o escore *GRACE* e variáveis semiológicas e laboratoriais que são de uso clínico rotineiro em idosos com suspeita de SCA.

Palavras-chave: Risco Cardiovascular. Síndrome Coronariana Aguda. Idoso.

Quadro 1. Correlação dos escores de risco cardiovascular *GRACE* e *TIMI* com parâmetros clínicos em uma amostra de pacientes idosos com suspeita de síndrome coronariana aguda (n=104).

a) *GRACE* vs Parâmetro	Correlação de Spearman (*rho*)			*p*
	Fraca (0,00–0,39)	Moderada (0,40–0,69)	Forte (≥0,70)	
Idade	–	0,43	–	<0,001*
Classe Killip	–	0,54	–	<0,001*
PAS	-0,25	–	–	0,012*
PAD	-0,10	–	–	0,308
FC		0,50	–	<0,001*
Creatinina sérica	0,34	–	–	0,001*
b) *TIMI* vs Parâmetro				
Idade	0,24	–	–	0,013*
Classe Killip	0,13	–	–	0,205
PAS	0,18	–	–	0,061
PAD	0,30	–	–	0,002*
FC	0,15	–	–	0,119
Creatinina sérica	0,16	–	–	0,115

GRACE: Global Registry of Acute Coronary Events; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; FC: frequência cardíaca; *TIMI*: *Thrombolysis In Myocardial Infarction*; *$p<0,05$

Abstract

CORRELATION BETWEEN TWO CARDIOVASCULAR RISK SCORES AND CLINICAL PARAMETERS IN OLDER ADULTS WITH SUSPECTED ACUTE CORONARY SYNDROME

Juliano Bergamaschine Mata Diz[1], Andréia de Fátima Gonçalves Quintão [1], Ricardo Bageto Vespoli [1], Tânia Maria Gonçalves Quintão Santana[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Corresponding author: Juliano Bergamaschine Mata Diz. E-mail: julianodiz@gmail.com

INTRODUCTION: Acute coronary syndrome (ACS) is one of the main causes of morbidity and mortality in the older population. In this sense, it is extremely important to estimate the risk of adverse outcomes in older patients with suspected ACS. Among the various instruments proposed to assess cardiovascular risk in these patients, the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) and Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) scores have been used in clinical practice as a quick, valid, and reliable strategy. However, few studies have investigated the direct relationship of these scores with relevant clinical variables such as age, blood pressure and laboratory data. To the authors' knowledge, this is the first study to investigate the relationship between GRACE/TIMI scores and clinical parameters in older adults with suspected ACS. **OBJECTIVE:** To verify the correlation of GRACE/TIMI cardiovascular risk scores with clinical parameters in older patients with suspected ACS. **METHOD:** Cross-sectional observational study that included a convenience sample of 104 older patients (≥60 years) with suspected ACS admitted to the Cardiology Service of Hospital Ibiapaba in Barbacena-MG. Data were collected through a multidimensional questionnaire between the months of September/2021 and September/2022. Adult patients of both sexes with suspected ACS who contained information necessary to apply the GRACE/TIMI cardiovascular risk scores in their medical records were included. Patients with acute myocardial infarction who presented with ST-segment elevation were excluded, due to the need for immediate hemodynamic intervention. GRACE and TIMI scores range between 0–7 and 0–266 points, respectively. The higher the score, the greater the cardiovascular risk. The Spearman coefficient was used to evaluate the correlation of both scores with the following clinical parameters: age (years), Killip Class (I–IV), systolic blood pressure-SBP and diastolic blood pressure-DBP (mmHg), heart rate-HR (bpm) and serum creatinine (mg/dL). The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade de Medicina de Barbacena (parecer-4.883.660). **RESULTS:** The majority of participants were male (63.5%). The mean age was 69.3±6.6 (ranging between 60 and 92) years. For the GRACE score, the following significant correlations were obtained: positive and moderate with age (0.43), Killip Class (0.54) and HR (0.50); positive and weak with serum creatinine (0.34); and negative and weak with SBP (-0.25) (Table 1a). For the TIMI score, the following significant correlations were obtained: positive and weak with age (0.24) and DBP (0.30) (Table 1b). **CONCLUSION:** The findings of the present study highlight the importance of carefully conducting semiological and laboratory investigations of older patients with suspected ACS. The relationship between the GRACE score and most clinical parameters investigated stands out, especially age, Killip Class and HR. Physicians should be very alert when these parameters are increased in older patients with suspected ACS. The TIMI score appears to have an uncertain relationship with the clinical parameters evaluated here. Future longitudinal studies are needed to corroborate the association between the GRACE score and semiological and laboratory variables that are in routine clinical use in older adults with suspected ACS.

Keywords: Cardiovascular Risk. Acute Coronary Syndrome. Aged.

Quadro 1. Correlação dos escores de risco cardiovascular *GRACE* e *TIMI* com parâmetros clínicos em uma amostra de pacientes idosos com suspeita de síndrome coronariana aguda (n=104).

a) *GRACE* *vs* Parâmetro	**Correlação de Spearman (*rho*)**			***p***
	Fraca (0,00–0,39)	**Moderada (0,40–0,69)**	**Forte (≥0,70)**	
Idade	–	0,43	–	<0,001*
Classe Killip	–	0,54	–	<0,001*
PAS	-0,25	–	–	0,012*
PAD	-0,10	–	–	0,308
FC		0,50	–	<0,001*
Creatinina sérica	0,34	–	–	0,001*
b) *TIMI* *vs* Parâmetro				
Idade	0,24	–	–	0,013*
Classe Killip	0,13	–	–	0,205
PAS	0,18	–	–	0,061
PAD	0,30	–	–	0,002*
FC	0,15	–	–	0,119
Creatinina sérica	0,16	–	–	0,115

GRACE: *Global Registry of Acute Coronary Events*; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; FC: frequência cardíaca; *TIMI*: *Thrombolysis In Myocardial Infarction*; *p<0,05

Resumo

DACRIOCISTITE BACTERIANA AGUDA: UM RELATO DE CASO

Ana Clara Martins Quirino[1], Tamara Lacerda Mesquita, Bruno Eduardo Freitas Gontijo[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil
[2] Universidade de Itaúna. Itaúna, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ana Clara Martins Quirino. E-mail: anaclaraquirino00@gmail.com

INTRODUÇÃO: A dacriocistite aguda consiste na inflamação do saco lacrimal devido à obstrução da via de drenagem e consequente oclusão do canalículo comum. A causa da obstrução pode ser primária, definida por etiologia idiopática, ou secundária, devido à infecções, inflamações, traumatismos, neoplasias e iatrogenias. Os agentes etiológicos mais frequentes são: *Staphylococcus aureus, Streptococcus beta-hemolítico, Pneumococcus e Haemophilus influenzae*. Além disso, possui maior incidência em mulheres e caucasianas, fatores relacionados com o diâmetro menor do canal ósseo do ducto nasolacrimal. Nesse cenário, visto que é considerada como uma urgência oftalmológica, se faz necessário o seu correto manejo e o tratamento adequado, considerando as opções terapêuticas. **APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, comparece à unidade básica de saúde (UBS) com queixa de edema periorbital unilateral há 4 dias, acompanhado de dor, eritema e prurido (Figura 1). Nega alergias e comorbidades. Suspeitando-se de um quadro de blefarite, foi prescrito antibioticoterapia com doxicilina 100 mg, de doze em doze horas, por quatorze dias e orientado a realização de compressas mornas no local. Após um mês, a paciente retornou à UBS relatando a recorrência do quadro, complicado com celulite pré-septal no olho direito (Figura 2). Desse modo, foi necessário encaminhar a paciente para o centro oftalmológico de referência para realização de exames direcionados. Através da tomografia computadorizada (TC) com contraste das órbitas e seios da face foi feito o diagnóstico de dacriocistite aguda. O tratamento foi transformado para amoxicilina com clavulanato de potássio 875 + 125 mg, de oito em oito horas por dez dias, tendo a paciente apresentado evolução satisfatória (Figura 3). **DISCUSSÃO**: Clinicamente, o paciente acometido por essa patologia apresenta um quadro de inflamação intensa acometendo a região do saco lacrimal, comumente unilateral. Cursa com edema indolor no canto medial, tumefação e dor local, acompanhada ou não de saída de secreção mucóide ou purulenta pelos pontos lacrimais. Ademais, pode haver queixa de turvação visual devido ao aumento da espessura do filme lacrimal. O diagnóstico é clínico, no entanto a literatura orienta considerar TC em casos graves e atípicos. Já o diagnóstico diferencial se faz com abscessos cutâneos, etmoidite anterior aguda, dacriolitíase e mucocele de saco lacrimal. O tratamento é feito com antibióticos sistêmicos para combater bactérias gram-positivas, tais como amoxicilina com clavulanato em casos afebris e cefuroxima venosa em casos febris e mais graves. Deve-se considerar o uso de analgésicos e compressas mornas para auxiliar na drenagem do abscesso que se forma no saco lacrimal. Obrigatoriamente indica-se dacriocistorrinostomia após a regressão da inflamação aguda, porém não é indicada de caráter emergencial.

Palavras-chave: Dacriocistite aguda. Celulite Pré-septal. Doenças do aparelho lacrimal. Obstrução dos ductos lacrimais.

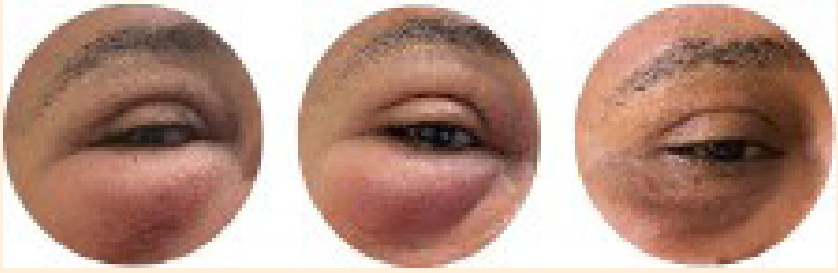


Figura 1: Apresentação inicial do quadro.
Figura 2: Recorrência complicada com celulite pré-septal.
Figura 3: Resolução do quadro.

Abstract

ACUTE BACTERIAL DACRIOCYSTITIS: A CASE REPORT

Ana Clara Martins Quirino[1], Tamara Lacerda Mesquita, Bruno Eduardo Freitas Gontijo[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil
[2] Universidade de Itaúna. Itaúna, Minas Gerais – Brasil

Corresponding author: Ana Clara Martins Quirino. E-mail: anaclaraquirino00@gmail.com

INTRODUCTION: Acute dacryocystitis consists of the inflammation of the lacrimal sac due to obstruction of the drainage pathway and consequent occlusion of the common canaliculus. The cause of obstruction can be primary, defined by idiopathic etiology, or secondary, due to infections, inflammation, trauma, neoplasms and iatrogenesis. The most common etiological agents are: *Staphylococcus aureus, beta-hemolytic Streptococcus, Pneumococcus and Haemophilus influenzae.* Furthermore, it has a higher incidence in women and Caucasians, factors related to the smaller diameter of the nasolacrimal duct bone canal. In this scenario, since it is considered an ophthalmological emergency, its correct management and appropriate treatment are necessary, considering the therapeutic options. **CASE REPORT**: Female patient, 39 years old, presents to the basic health unit (UBS) complaining of unilateral periorbital edema for 4 days, accompanied by pain, erythema and itching (Figure 1). Denies allergies and comorbidities. Suspecting a case of blepharitis, antibiotic therapy with 100 mg of doxycillin was prescribed, every twelve hours, for fourteen days and advised to apply warm compresses to the area. After a month, the patient returned to the UBS reporting a recurrence of the condition, complicated by preseptal cellulitis in the right eye (Figure 2). Therefore, it was necessary to refer the patient to the reference ophthalmological center for targeted examinations. Using contrast-enhanced computed tomography (CT) of the orbits and sinuses, the diagnosis of acute dacryocystitis was made. Treatment was changed to amoxicillin with potassium clavulanate 875 + 125 mg, every eight hours for ten days, with the patient showing satisfactory evolution (Figure 3). **DISCUSSION**: Clinically, the patient affected by this pathology presents with intense inflammation affecting the lacrimal sac region, commonly unilateral. It presents with painless edema in the medial corner, swelling and local pain, accompanied or not by the release of mucoid or purulent secretion through the tear points. Furthermore, there may be complaints of blurred vision due to the increase in the thickness of the tear film. The diagnosis is clinical, however the literature recommends considering CT in severe and atypical cases. The differential diagnosis is made with skin abscesses, acute anterior ethmoiditis, dacryolithiasis and lacrimal sac mucocele. Treatment is with systemic antibiotics to combat gram-positive bacteria, such as amoxicillin with clavulanate in afebrile cases and intravenous cefuroxime in febrile and more severe cases. Consideration should be given to the use of analgesics and warm compresses to help drain the abscess that forms in the lacrimal sac. Dacryocystorhinostomy is mandatory after the regression of acute inflammation, but it is not indicated as an emergency.

Keywords: Acute dacryocystitis. Pre-septal cellulitis. Diseases of the lacrimal apparatus. Obstruction of the tear ducts.

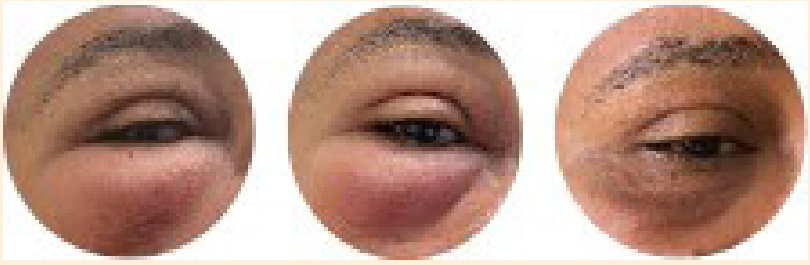


Figure 1: Initial presentation of the case.
Figure 2: Recurrence complicated with preseptal cellulitis.
Figure 3: Resolution.

Resumo

POLIPOSE NASOSSINUSAL: UM RELATO DE CASO

José Guilherme Nogueira de Carvalho[1], Bruna Aparecida Andrade Chaves[1], Gabriel Augusto Lourenço Xavier[1], Mileny Belo de Campos[1], Flaviany Custódio Faria[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: José Guilherme Nogueira de Carvalho. E-mail: jrnogueira735@gmail.com

INTRODUÇÃO: A polipose nasal se define por uma doença crônica inflamatória, que gera múltiplos pólipos, sendo em sua maioria benignos, indolores e bilaterais, que se originam da mucosa nasal e seios paranasais. Apresenta-se com superfície brilhante, semi translúcida e de conteúdo gelatinoso. Possui causa multifatorial e controversa, mas estudos relatam que em sua fisiopatologia, caracteriza-se por um desequilíbrio entre o indivíduo e sua resposta imune e inflamatória, somando-se a fatores ambientais, genéticos e microbianos, muitas vezes após uma infecção inicial. Os pacientes acometidos apresentam clinicamente obstrução, congestão e rinorreia nasal, além de hiposmia ou anosmia. O tratamento objetiva eliminar sintomas e os pólipos, melhorando a respiração e olfato do paciente com intervenção farmacológica e/ou cirúrgica, incluindo corticoides tópicos e sistêmicos, antibióticos, anti-histamínicos, antileucotrienos (ALT) e antifúngicos. **RELATO DE CASO**: Paciente sexo masculino, 34 anos, procurou otorrinolaringologista queixando de obstrução nasal, rinorreia, hiposmia e rinossinusites de repetição, sendo persistente e refratário a tratamentos medicamentosos. Nega tabagismo, etilismo, sem comorbidades e quadros semelhantes na família. Na rinoscopia anterior foi observada a presença de uma massa tumoral à direita, extravasando o vestíbulo nasal, e a esquerda a presença de massa tumoral que invadia a área 1 nasal, impossibilitando a realização da nasofibroscopia, optando-se por realizar uma tomografia computadorizada da face indicando velamento total de fossas nasais e seio maxilar esquerdo e parcial direito, com sinusopatia e alterações compatíveis com polipose nasossinusal, além de oroscopia sem nenhum achado. Feita a hipótese diagnóstica de polipose nasossinusal, com indicação de remoção cirúrgica, pois o paciente já havia realizado tratamentos ambulatoriais anteriormente, mas sem melhora clínica. Foram realizados procedimentos cirúrgicos de polipectomia bilateral, sinusectomia e turbinectomia. Foi necessária a utilização de tampão com gaze embebida em pomada Hipoglós por 24 horas. Acompanhamento contínuo e uso de corticoide tópico nasal.Há chances de recidiva do quadro. **DISCUSSÃO:** A polipose difusa ou polipose nasossinusal afeta todos os seios da face, ao contrário do pólipo nasal único, que é bem delimitado, a malignização da patologia é rara, sendo mais comum quando se apresenta em pólipo único. Apresenta prevalência de 1 a 4% na população geral, afetando majoritariamente homens e adultos. As queixas do paciente devem ser foco de investigação, como rinossinusites de repetição, pois são fatores de risco para pólipos e interferirem na qualidade de vida do indivíduo. A tomografia computadorizada é o exame de escolha, pois aponta de forma fidedigna a extensão dos seios paranasais comprometida. **CONCLUSÃO:** A polipose nasal, impacta diretamente na qualidade de vida do paciente, devido sua sintomatologia nasal, que limita a saúde física, mental e social do indivíduo, como exposto no relato de caso, evidenciando a necessidade de diagnóstico e tratamento eficientes, que colaborem para um bom prognóstico, minimizando assim evoluções desfavoráveis.

Palavras-chave: Polipose nasal. Polipectomia. Rinossinusite.

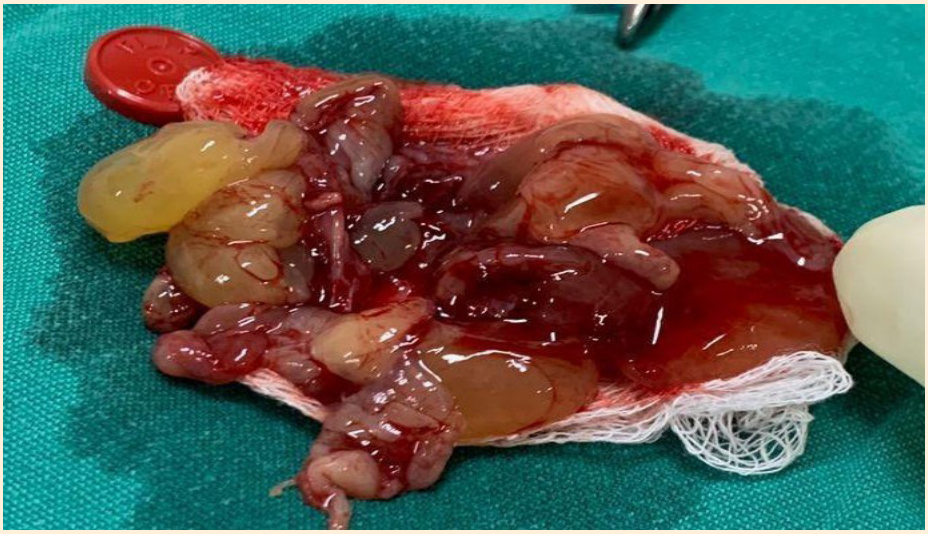


Imagem 01 - Múltiplos pólipos retirados da cavidade nasal do paciente após polipectomia bilateral.

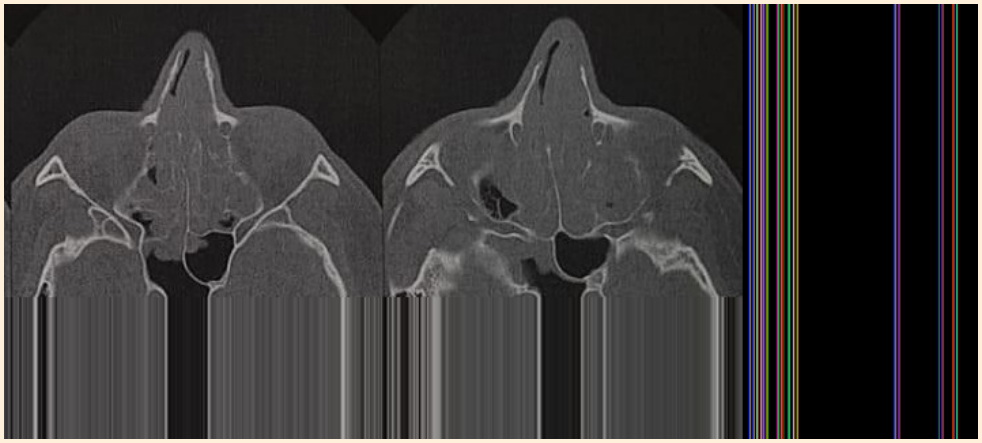


Imagem 02 – Tomografia computadorizada evidenciando obstrução em cavidade nasal.

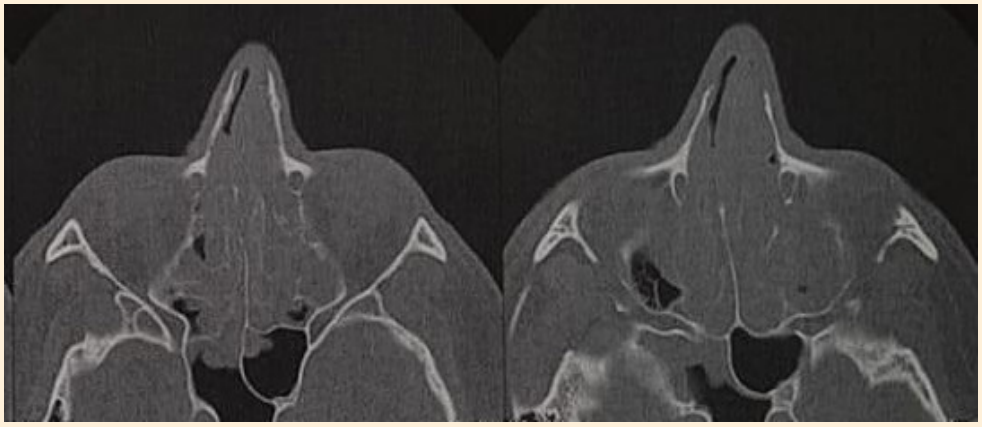


Imagem 03 – Tomografia computadorizada evidenciando obstrução em seios maxilares.

Abstract

NASOSINUSAL POLYPOSIS: A CASE REPORT

José Guilherme Nogueira de Carvalho[1], Bruna Aparecida Andrade Chaves[1], Gabriel Augusto Lourenço Xavier[1], Mileny Belo de Campos[1], Flaviany Custódio Faria[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil

Corresponding author: José Guilherme Nogueira de Carvalho. E-mail: jrnogueira735@gmail.com

INTRODUCTION: Nasal polyposis is defined as a chronic inflammatory disease, which generates multiple polyps, most of which are benign, painless and bilateral, which originate from the nasal mucosa and paranasal sinuses. It has a shiny, semi-translucent surface and a gelatinous content. It has a multifactorial and controversial cause, but studies report that its pathophysiology is characterized by an imbalance between the individual and their immune and inflammatory response, combined with environmental, genetic and microbial factors, often after an initial infection. Affected patients clinically present with obstruction, congestion and nasal rhinorrhea, in addition to hyposmia or anosmia. Treatment aims to eliminate symptoms and polyps, improving the patient's breathing and sense of smell with pharmacological and/or surgical intervention, including topical and systemic corticosteroids, antibiotics, antihistamines, antileukotrienes (ALT) and antifungals. **CASE REPORT:** Male patient, 34 years old, sought an otorhinolaryngologist complaining of nasal obstruction, rhinorrhea, hyposmia and recurrent rhinosinusitis, which was persistent and refractory to drug treatments. During anterior rhinoscopy, the presence of a tumoral mass was observed on the right, extending beyond the nasal vestibule, and on the left, the presence of a tumoral mass that invaded the nasal area 1, making it impossible to perform nasofibroscopy. total covering of the nasal cavities and left and partial right maxillary sinus, with sinusopathy and changes compatible with sinonasal polyposis, in addition to oroscopy without any findings. The diagnostic hypothesis of sinonasal polyposis was made, with indication of surgical removal, as the patient had already undergone treatments outpatients previously, but without clinical improvement. Surgical procedures of bilateral polypectomy, sinusectomy and turbinectomy were performed. It was necessary to use a gauze pad soaked in Hipoglós ointment for 24 hours. Continuous monitoring and use of topical nasal corticosteroids. There is a chance of recurrence. **DISCUSSION:** Diffuse polyposis or sinonasal polyposis affects all the sinuses of the face, unlike a single nasal polyp, which is well delimited, malignancy of the pathology is rare, being more common when it presents as a single polyp. It has a prevalence of 1 to 4% in the general population, mainly affecting men and adults. The patient's complaints should be the focus of investigation, such as recurrent rhinosinusitis, as they are risk factors for polyps and interfere with the individual's quality of life. Computed tomography is the test of choice, as it reliably indicates the affected extent of the paranasal sinuses. **CONCLUSION:** Nasal polyposis directly impacts the patient's quality of life, due to their nasal symptoms, which limit the individual's physical, mental and social health, as explained in the case report, highlighting the need for efficient diagnosis and treatment, which collaborate for a good prognosis, thus minimizing unfavorable developments.

Keywords: Nasal polyposis. Polypectomy. Rhinosinusitis.

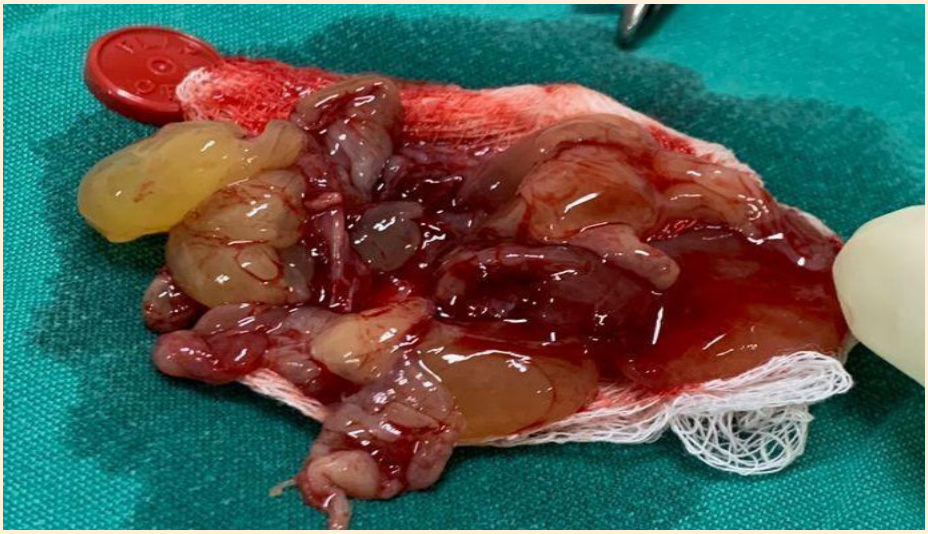


Image 01 - Multiple polyps removed from the patient's nasal cavity after bilateral polypectomy.

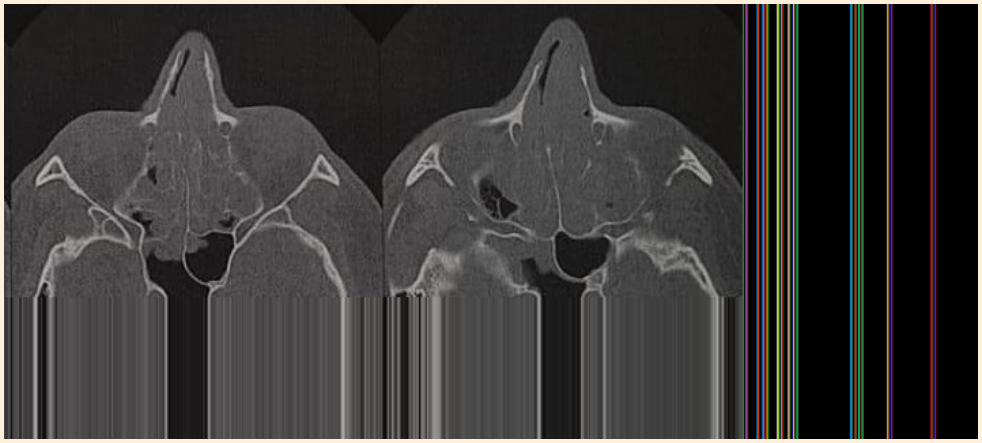


Image 02 – Computed tomography showing obstruction in the nasal cavity.

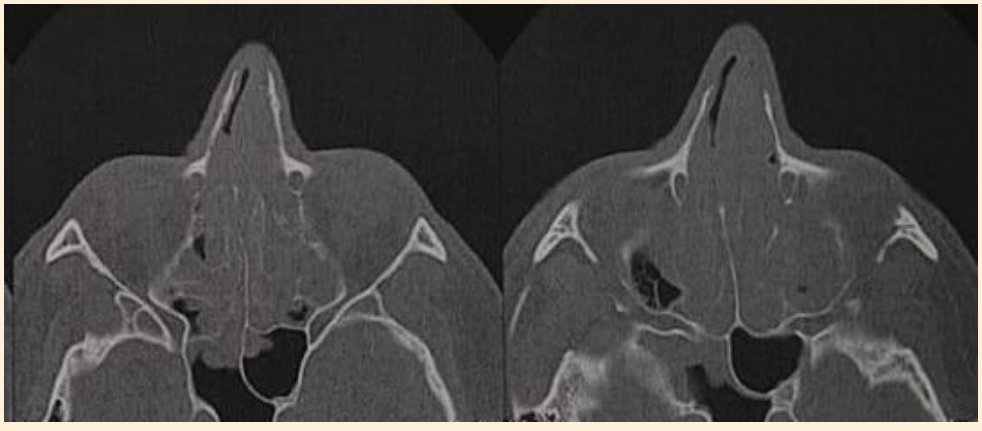


Image 03 – Computed tomography showing obstruction in the maxillary sinuses.

Resumo

RELATO DE CASO: HEMIESPASMO FACIAL

Gabriela Moreira Resende[1], Augusto César Moura Bertolin[1], Iago Mendes de Melo e Souza[1], Luisa Guimarães Vilas Boas[1], Ana Claudia Sad Moura e Silva[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Gabriela Moreira Resende .E-mail: resendegabii29@gmail.com

INTRODUÇÃO: O hemiespasmo facial é caracterizado por contrações tônico-clônicas involuntárias que, na maioria das vezes, ocorrem por compressão mecânica da raiz do nervo facial ipsilateral. Os espasmos persistem durante o sono, podem ser desencadeados pelos movimentos da face e exacerbados por alterações psíquicas como ansiedade. **RELATO DE CASO:** Paciente de 72 anos, sexo masculino, relata que há 12 anos apresentou espasmos em músculos da face, mandíbula e região cervical, do lado direito, levando a alterações funcionais como a apraxia ocular unilateral. Os episódios aumentavam sua frequência e intensidade devido a quadros de labilidade emocional do tipo ansiedade. Há 2 anos iniciou tratamento com toxina botulínica do tipo A, em aplicações trimestrais, nos músculos orbicular dos olhos, orbicular da boca, risório, zigomático, platisma e frontal, e ocorreu melhora significativa dos espasmos com o tratamento farmacológico injetável. **DISCUSSÃO:** Descrito pela primeira vez por Campbell e Keedy em 1947, o hemiespasmo facial ocorre pela compressão de estruturas vasculares, como o nervo facial. Seu diagnóstico é primariamente clínico, o aparecimento dos sintomas ocorre de forma gradual e comumente a identificação é feita retroativamente, à medida que as manifestações clínicas avançam e interferem nas atividades cotidianas. Estes sintomas podem ser agravados por fatores ambientais como luz, estresse e interações sociais. Terapias alternativas estão disponíveis, mas a toxina botulínica é considerada o tratamento preferencial dessa patologia. Dessa forma, conclui-se que, o espasmo facial unilateral é caracterizado por contrações faciais involuntárias decorrentes, principalmente, da compressão do nervo facial. O relato de caso destaca a eficácia do tratamento com a toxina botulínica tipo A, melhorando os espasmos e as funções faciais. O diagnóstico clínico, quando feito precocemente, e o tratamento adequado podem aliviar significativamente os sintomas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Pesquisas contínuas e terapias inovadoras podem contribuir para uma gestão mais eficaz dessa condição neuromuscular.

Palavras-chave: Hemiespasmo facial. Toxina botulínica tipo A. Apraxia ocular.

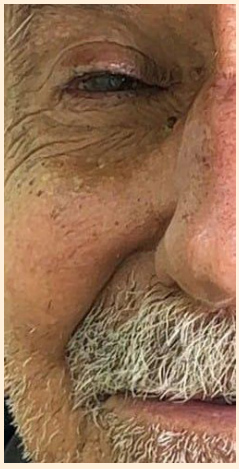


Imagem 1 – face direita comprometida

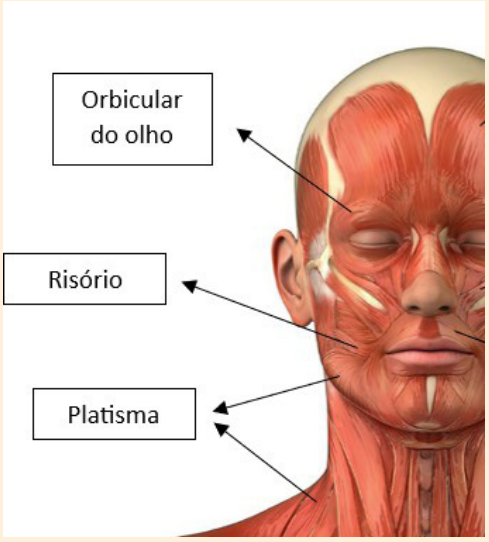


Imagem 2 – face esquerda preservada

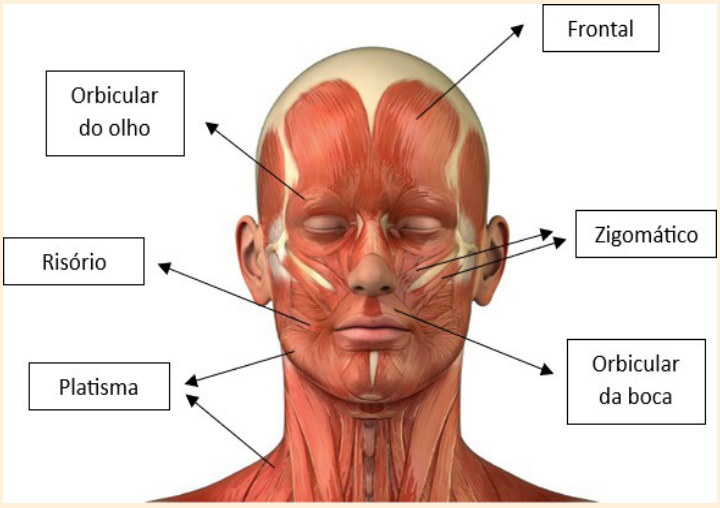


Figura 1 - locais de aplicação da toxina botulínica do tipo A (no paciente a aplicação foi feita apenas nos músculos do lado direito)

Abstract

CASE REPORT: FACIAL HEMIESPASM

Gabriela Moreira Resende[1], Augusto César Moura Bertolin[1], Iago Mendes de Melo e Souza[1], Luisa Guimarães Vilas Boas[1], Ana Claudia Sad Moura e Silva[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Minas Gerais - Brasil
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Gabriela Moreira Resende .E-mail: resendegabii29@gmail.com

INTRODUCTION: The facial hemiespasm is characterized by involuntary tonic-clonic contractions which, in a majority of times, occur by mechanical compression of the root of the ipsilateral facial nerve. Espasms continue during sleep, may be triggered by facial movements and exacerbated by psychic alterations such as anxiety. **CASE REPORT:** 72 years old male patient claims that, 12 years ago, presented espasms in facial muscles, jaw and cervical region, on the right side only, which culminated in functional alterations such as unilateral oculomotor apraxia. The episodes increased in frequency and intensity due to emotional lability, namely anxiety. 2 years ago, initiated treatment with botulinum toxin type A to be applied on each trimester, in the following muscles: orbicularis oculi, orbicularis oris, risorius, zygomaticus, platysma and frontalis. Occurred significant improvement of the espasms following the implementation of injectable pharmacological treatment. **DISCUSSION:** Described for the first time by Campbell and Keedy in 1947, the facial hemiespasm happens by the compression of vascular structures, such as the facial nerve. The diagnosis is primarily clinical, with symptoms appearing in a gradual way; it is common for identification to be made retroactively, as clinical manifestations advance and start to interfere on daily activities. The symptoms can be aggravated by environmental factors such as light, stress and social interactions. Some alternative therapies are available, but botulinum toxin is considered to be the preferential treatment for the condition. Therefore, it can be concluded that unilateral facial espasm is characterized by involuntary facial contractions which are a primary result of the facial nerve compression. This case report highlights the efficiency of the treatment with botulinum toxin type A, showing improvement of the espasms and facial functions. The clinical diagnosis, when it is made prematurely, alongside adequate treatment, can significantly aliviate the symptoms, improving the patient's quality of life. Continuous research and inovative therapies can contribute to a more efficient handling of this neuromuscular condition.

Keywords: Facial hemiespasm. Botulinum toxin type A. Oculomotor apraxia.

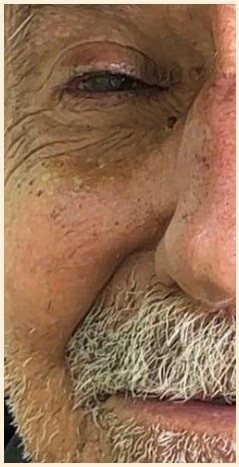


Image 1 – affected right side of the face.

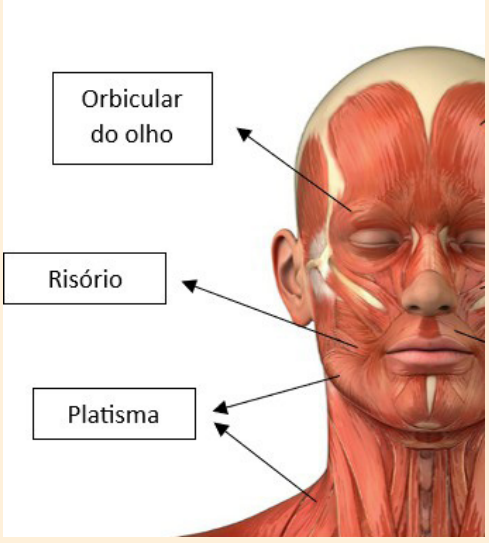
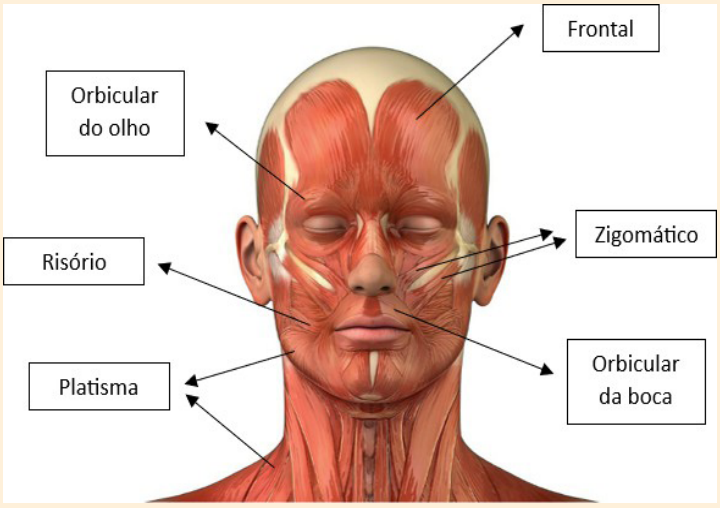


Image 2 – preserved left side of the face



Picture 1 - sites of application of botulinum toxin type A
(in the aforementioned patient, the injections were made on the right side muscles only)

Resumo

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE SJOGREN-LARSSON

Samara Oliveira de Menezes[1], Giovanna Pereira Guerson[1], Rafael Brum Gusmão[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena

Autor correspondente: Samara Oliveira de Menezes. E-mail: samara.oliveirademenezes@gmail.com

INTRODUÇÃO: A síndrome de Sjögren-Larsson é uma doença neurocutânea autossômica recessiva com 100% de penetrância provocada por um erro inato do metabolismo da oxidação de álcool graxo, devido a deficiência da nicotinamida-adenina dinucleotídeo oxidorredutase. O processo de mielinização neuronal é incompleto, envolvendo principalmente o corpo caloso e o tronco cerebral, tendo uma incidência de 1:1.100.000, acometendo mais caucasianos e sem prevalência entre os sexos. A clínica se dá pela tríade clássica, caracterizada por ictiose congênita, tetraplegia/paraplegia e prejuízo cognitivo, podendo se associar com outras manifestações clínicas. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de Síndrome de Sjögren-Larsson, a fim de tornar essa condição rara mais conhecida na área médica e instigar a realização de um diagnóstico precoce. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo masculino de 26 anos, diagnosticado com síndrome de Sjogren Larsson após nascimento, apresenta-se ao ambulatório de neurologia com prejuizo cognitivo, grande comprometimento da fala, diplegia espástica de membros inferiores e hiperreflexia global, associado a clônus inesgotável bilateral. Apresenta epilepsia do tipo focal disperceptiva com generalização secundária de início na infância, com última crise sendo desencadeada por fotofobia. Atualmente controlado com anticonvulsivante, barbitúrico, antiepiléptico, vitamina B e C e acompanhamento multiprofissional. Ao exame apresenta ictiose vulgar congênita, com pele áspera e descamativa, doença também presente em parente de segundo grau, diplegia de membros inferiores, com retração fibrotendínea, hipotrofia muscular impedindo a deambulação, bradicinesia elástica, com "sinal do canivete". Possui também constipação, episódios de hipoglicemia, prostração e lesão axilar recorrente e diminuição da acuidade visual, devido a maculopatia cristalina. **DISCUSSÃO:** A síndrome de Sjogren-Larsson, além da tríade clássica, pode se associar com diferentes doenças, piorando o prognóstico, fazendo necessárias intervenções médicas periódicas. A doença também se manifesta com síndrome piramidal e espasticidade, principalmente em membros inferiores, epilepsia, fotofobia, diminuição da acuidade visual e a maculopatia cristalina, como presentes neste paciente, que também apresenta baixa estatura, hipertelorismo, diastema e cifoescoliose, fatores característicos da síndrome que comprometem gravemente a qualidade de vida. O diagnóstico deve ser precoce e depende da atuação de uma equipe multidisciplinar, sendo confirmado pela presença da tríade, exame de fundo de olho e análise enzimática, evidenciando a deficiência da enzima aldeído graxo desidrogenase. Trata-se de uma doença crônica, devendo obter tratamento precoce baseado no controle sintomatológico. Para o acometimento cutâneo, são usados retinóides orais e cremes a base de ureia, já a espasticidade é abordada com cirurgias, injeções de toxinas botulínicas e baclofeno oral ou intratecal. Além disso, deve haver uma atenção com as doenças associadas, como a epilepsia, já que a Síndrome de Sjögren-Larsson faz parte de um importante diagnóstico diferencial com a paralisia cerebral. Trata-se de uma afecção que necessita ter suas características clínicas mais difundidas na área médica e o conhecimento da sua associação com outros diagnósticos para que haja um tratamento precoce, como forma de aumentar a expectativa e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Sjogren Larsson. Doença neurocutânea. Ictiose congênita. Epilepsia.



Figuras 1, 2 e 3: Ictiose congênita em membro superior direito, orelha direita e membro inferior esquerdo.

Abstract

CASE REPORT: SJOGREN-LARSSON SYNDROME

Samara Oliveira de Menezes[1], Giovanna Pereira Guerson[1], Rafael Brum Gusmão[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena

Corresponding author: Samara Oliveira de Menezes. E-mail: samara.oliveirademenezes@gmail.com

INTRODUCTION: Sjögren-Larsson syndrome is an autosomal recessive neurocutaneous disease with 100% penetrance caused by an inborn error of fatty alcohol oxidation metabolism, due to nicotinamide-adenine dinucleotide oxidoreductase deficiency. The process of neuronal myelination is incomplete, mainly involving the corpus callosum and the brain stem, with an incidence of 1:1,100,000, affecting more Caucasians and with no prevalence between the genders. The clinical condition is characterized by the classic triad, characterized by congenital ichthyosis, tetraplegia/paraplegia and cognitive impairment, which may be associated with other clinical manifestations. The objective of this work is to report the case of a patient with Sjögren-Larsson Syndrome, in order to make this rare condition better known in the medical field and encourage early diagnosis. **CASE REPORT:** A 26-year-old male patient, diagnosed after birth with Sjogren Larsson syndrome, presented to the neurology outpatient clinic with cognitive impairment, severe speech impairment, spastic diplegia of the lower limbs and global hyperreflexia, associated with bilateral inexhaustible clonus. He presents focal dysperceptive epilepsy with secondary generalization that begins in childhood, with the last seizure being triggered by photophobia. Currently controlled with anticonvulsants, barbituric, antiepileptic, vitamin B and C and multidisciplinary treatment. On examination, he presents congenital ichthyosis vulgaris, with rough and scaly skin, a disease also present in a second-degree relative, diplegia of the lower limbs, with fibrotendinous retraction, muscular hypotrophy preventing walking, elastic bradykinesia, with "penknife sign". He also has constipation, episodes of hypoglycemia, prostration and recurrent axillary lesion and decreased visual acuity, due to crystalline maculopathy. **DISCUSSION:** Sjogren-Larsson syndrome, in addition to the classic triad, can be associated with different diseases, worsening the prognosis, making periodic medical interventions necessary. The disease also manifests itself with pyramidal syndrome and spasticity, mainly in the lower limbs, epilepsy, photophobia, decreased visual acuity and crystalline maculopathy, as present in this patient, who also presents short stature, hypertelorism, diastema and kyphoscoliosis, characteristic factors of the syndrome, that seriously compromise quality of life. The diagnosis must be early and depends on the work of a multidisciplinary team, being confirmed by the presence of the triad, fundus examination and enzymatic analysis, highlighting the deficiency of the enzyme fatty aldehyde dehydrogenase. It is a chronic disease and requires early treatment based on symptom control. For cutaneous involvement, oral retinoids and urea-based creams are used, while spasticity is addressed with surgery, injections of botulinum toxins and oral or intrathecal baclofen. Furthermore, attention must be paid to associated diseases, such as epilepsy, as Sjögren-Larsson Syndrome is part of an important differential diagnosis with cerebral palsy. It is a condition that needs to have its clinical characteristics more widespread in the medical field and knowledge of its association with other diagnoses so that there is early treatment, as a way of increasing expectations and improving the patient's quality of life.

Keywords: Sjögren-Larsson syndrome. Neurocutaneous disease. Congenital ichthyosis. Epilepsy.



Figures 1, 2 e 3: : Ictiose congênita em membro superior direito, orelha direita e membro inferior esquerdo

Resumo

REPARO ARTROSCÓPICO DE LESÃO DE MANGUITO ROTADOR: UM RELATO DE CASO

Maria Fernanda Silva e Reis Alves[1], Gustavo Silva Procópio[1], Júlia de Oliveira Ferreira Arquete[1], Mateus Lelis Ferreira[1], Thiago Abreu Alves[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Mianas Gerais – Brasil

*Autor correspondente: Maria Fernanda Silva e Reis Alves. E-mail: mariafernandasra1028@gmail.com

INTRODUÇÃO: As lesões do manguito rotador representam uma causa comum de dor e disfunção do ombro, afetando significativamente a qualidade de vida, podendo ser, principalmente por trauma ou degeneração dos tendões. O manguito rotador é composto por quatro músculos, sendo: supraespinhal, infraespinhal, subescapular e redondo menor, responsáveis pela estabilidade e mobilidade do ombro. Nesse relato de caso, será analisado o manejo de uma paciente idosa submetido à artroscopia, devido a degeneração crônica do manguito rotador. **RELATO DE CASO:** Mulher, 67 anos, queixava-se de dor em ombro esquerdo iniciado a cerca de 3 (três) meses, principalmente noturna, que a impossibilitava realizar atividades diárias que necessitavam de elevação do MMSS. Relata uso de antinflamatórios não esteroidais (AINES) e analgésicos para alívio da dor e incômodo, sem sucesso. Descreveu uma lesão nodular em região anterior de ombro esquerdo, que apareceu sucessivamente à dor. Em exame físico apresentava teste de Jobe positivo, teste de Patte positivo, teste de Gerber negativo e teste de Neer positivo. Paciente hipertensa, apresentando também hipotireoidismo e insônia. Realizada ressonância magnética do ombro esquerdo que evidenciava tendinopatia supra e infraespinhal com rotura parcial transfixante em toda espessura na transição supra/infra. Foi submetida a artroscopia do ombro esquerdo, com reparo labral e capsuloplastia térmica, tenotomia do bíceps e tenodese com técnica de Rocambole, além do reparo do tendão supra e infraespinhal com 2 (duas) âncoras montadas de titânio e 2 pontos de Mason-Allen. Paciente estável em sala de recuperação pós-anestésica, com curativo limpo e seco, sem déficits, com alta no mesmo dia. Recebeu Cefalexina 1g para profilaxia de infecções e 4 (quatro) semanas de uso de tipoia, em conjunto com acompanhamento com a fisioterapia. **DISCUSSÃO:** A síndrome do manguito rotador é uma condição muito comum na rotina de um médico ortopedista. Lesões repetitivas, envelhecimento, trauma agudo e fatores anatômicos são fatores causais. O tratamento se baseia em fisioterapia, AINES, analgésicos, injeções de corticosteroides em espaço sinovial e, em casos mais graves, artroscopia do ombro danificado. As âncoras de titânio presas com 2 (dois) pontos de Mason-Allen proporcionam ao paciente uma fixação mais segura, mais força e estabilidade devido a resistência do material e menos reação adversa graças a sua biocompatibilidade. **CONCLUSÃO:** Com isso, consegue-se dizer que para melhor qualidade de vida do paciente, melhor prognóstico, as lesões parciais de manguito rotador refratárias a tratamento medicamentoso, serão submetidas a artroscopia do ombro.

Palavras-chave: Artroscopia. Manguito rotador. Ombro. Mason-Allen.

Abstract

ARTHROSCOPIC REPAIR OF ROTATOR CUFF INJURY: A CASE REPORT

Maria Fernanda Silva e Reis Alves[1], Gustavo Silva Procópio[1], Júlia de Oliveira Ferreira Arquete[1], Mateus Lelis Ferreira[1], Thiago Abreu Alves[1].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, Mianas Gerais – Brasil

*Autor correspondente: Maria Fernanda Silva e Reis Alves. E-mail: mariafernandasra1028@gmail.com

INTRODUCTION: Rotator cuff injuries are a common cause of pain and dysfunction in the shoulder, significantly affecting quality of life. These injuries often result from trauma or tendon degeneration. The rotator cuff consists of four muscles: supraspinatus, infraspinatus, subscapularis, and teres minor, which are responsible for shoulder stability and mobility. This case report analyzes the management of an elderly patient who underwent arthroscopy due to chronic degeneration of the rotator cuff. **CASE REPORT:** A 67-year-old woman complained of pain in her left shoulder, which started about three months ago, particularly at night, severely hindering her ability to perform daily activities that required lifting her upper limbs. She reported using non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and analgesics for pain relief without success. She described a nodular lesion in the anterior region of her left shoulder that appeared subsequent to the pain. On physical examination, she tested positive for Jobe's test, Patte's test, and Neer's test, but negative for Gerber's test. The patient also had hypertension, hypothyroidism, and insomnia. Magnetic resonance imaging of the left shoulder showed supraspinatus and infraspinatus tendinopathy with a full-thickness partial tear at the supraspinatus/infraspinatus transition. She underwent left shoulder arthroscopy, which included labral repair, thermal capsuloplasty, biceps tenotomy and tenodesis using the "Swiss roll" technique, and repair of the supraspinatus and infraspinatus tendons with two titanium anchors and two Mason-Allen stitches. The patient was stable in the post-anesthesia recovery room, with a clean and dry dressing, no deficits, and was discharged the same day. She received 1g of Cephalexin for infection prophylaxis and was prescribed four weeks of sling use, along with follow-up physiotherapy. **DISCUSSION:** Rotator cuff syndrome is a very common condition in the routine of an orthopedic physician. Repetitive injuries, aging, acute trauma, and anatomical factors are causal factors. Treatment is based on physiotherapy, NSAIDs, analgesics, corticosteroid injections into the synovial space, and, in more severe cases, arthroscopy of the damaged shoulder. The titanium anchors secured with two Mason-Allen stitches provide the patient with more secure fixation, increased strength, and stability due to the material's resistance and less adverse reaction thanks to its biocompatibility. **CONCLUSION:** It can be concluded that for improved quality of life and prognosis, partial rotator cuff injuries refractory to medical treatment should undergo shoulder arthroscopy.

Keywords: Arthroscopy. Rotator cuff. Shoulder. Mason-Allen.

Resumo

REPERCUSSÕES DE UMA LESÃO FIBROEPITELIAL DA MAMA: RELATO DE CASO

Francianne das Graças Resende Fernandes[1], Rafaella Mendes de Souza Santiago[1], Mariana de Almeida Belo[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais - Brasil
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Francianne das Graças Resende Fernandes. E-mail: franciannegrf@gmail.com

INTRODUÇÃO: Lesões fibroepiteliais são neoplasias mamárias com aspectos clínicos semelhantes, às quais pertencem o Fibroadenoma e o Tumor Phyllodes (TP). O Fibroadenoma é a lesão epitelial benigna mais comum, tem crescimento lento, tende a regredir com a menopausa e sem risco de recorrência ou metástase. O TP é raro, apresenta crescimento rápido, massa geralmente palpável no exame físico e pode ser classificado em benigno, borderline ou maligno. Em seu espectro benigno, tem similaridade morfológica com o fibroadenoma, porém com acentuadas celularidade estromal e arquitetura similar a uma folha. A subestimação após *core biopsy* é, em média, de 20% (variando entre 8-39%). Este trabalho relata o caso de uma evolução de lesão fibroepitelial, seu diagnóstico e a resolução cirúrgica. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, compareceu à consulta de mastologia em 04/07/2019, 62 anos, relatando nódulo na mama direita (MD) há 5 anos, sem doenças prévias, menopausa aos 45 anos, nega terapia de reposição hormal e tabagismo. Exames complementares: Mamografia (MMG) - 05/02/2019: BIRADS-2; Ultrassonografia (USG) - 21/05/2019: MD: nódulo ocupando o quadrante superolateral (QSL), conteúdo heterogêneo e pequenas áreas císticas, medindo 53,8x28,9mm e múltiplos nódulos circunscritos na mama esquerda (ME) BIRADS-4A; *Core Biopsy* (11/06/2019): lesão fibroepitelial benigna, sugestiva de fibroadenoma no QSL da MD, orientado seguimento radiológico. Após dois anos paciente retorna ao ambulatório apresentando MD muito volumosa, contornos irregulares, sinais flogísticos e lesão nodular ulcerada ocupando toda a mama (Imagens 1 e 2). Em 10/09/2021 foi submetida à Mastectomia direita sem abordagem axilar, com fechamento por Retalho Cutâneo Abdominal Lateral, sem complicações (Imagem 3); Biópsia cirúrgica (22/09/2021): TP benigno, margens livres; encaminhada à oncologia, sem proposta de tratamento adjuvante. Atualmente em controle clínico semestral e radiológico anual, última consulta em 29/07/2023, sem queixas clínicas e exame físico sem sinais de recidiva, com MMGME (16/06/2023): BIRADS-2 e USGME (26/12/2022): 7 nódulos hipoecóicos, circunscritos, estáveis desde USG de 01/2022. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico diferencial entre os tumores fibroepiteliais é essencial para a terapêutica. Esta se define pelo tripé diagnóstico: clínica, exames de imagem e a patologia. O aspecto histológico do TP é caracterizado pela arquitetura fibroepitelial, semelhante ao fibroadenoma, mas diferente deste, exibe padrão intracanalicular exagerado em formato de foliáceo saliente, sem espaços císticos dilatados, acompanhado de hipercelularidade estromal. As taxas de recorrência local para TP são entre 10-17% para benignos e apenas os TP malignos têm potencial metastático. As orientações do NCCN 2.2024 são ressecções amplas com pelo menos 1 cm de margem cirúrgica, sem abordagem axilar, para todos os tipos de TP. Devido ao tamanho da lesão apresentada pela paciente, não foi possível uma proposta cirúrgica conservadora na MD, sendo indicada mastectomia direita, sem possibilidade de síntese primária, utilizando retalho cutâneo lateral do abdome para fechamento. Por tratar de TP benigno, não houve recomendação de terapia adjuvante, pois há baixa taxa de recorrência e metastização.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Tumor Filoide. Retalhos Cirúrgicos. Mastectomia.



Figura 1: Mama direita volumosa em perfil evidenciando tumoração e ulceração cutânea, com sinais flogísticos.
Figura 2: Mama direita anterior comparada à mama esquerda, apresentando contornos irregulares, extensa área nodular, ulceração cutânea e sinais flogísticos em QSL.



Figura 3: Pós-cirúrgico imediato da paciente. Realizada mastectomia direita com fechamento em retalho abdominal lateral.

Abstract

REPERCUSSIONS OF A FIBROEPITHELIAL INJURY OF THE BREAST: CASE REPORT

Francianne das Graças Resende Fernandes[1], Rafaella Mendes de Souza Santiago[1], Mariana de Almeida Belo[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais - Brasil
[2] Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Francianne das Graças Resende Fernandes. E-mail: franciannegrf@gmail.com

INTRODUCTION: Fibroepithelial lesions are breast neoplasms with similar clinical aspects, to which Fibroadenoma and Phyllodes Tumor (PT) belong. Fibroadenoma is the most common benign epithelial lesion, it grows slowly, tends to regress with menopause and has no risk of recurrence or metastasis. PT is rare, rapidly growing, with a mass that is usually palpable on physical examination and can be classified as benign, borderline or malignant. In its benign spectrum, it has morphological similarity to fibroadenoma, but with marked stromal cellularity and architecture similar to a sheet. Underestimation after core biopsy is, on average, 20% (ranging from 8-39%). This work reports the case of an evolution of a fibroepithelial lesion, its diagnosis and surgical resolution. **CASE REPORT:** Female patient, attended a mastology consultation on 07/04/2019, 62 years old, reporting a lump in the right breast (MD) for 5 years, no previous illnesses, menopause at 45 years old, denies replacement therapy hormones and smoking. Complementary exams: Mammography (MMG) - 02/05/2019: BIRADS-2; Ultrasonography (USG) - 05/21/2019: MD: nodule occupying the superolateral quadrant (QSL), heterogeneous content and small cystic areas, measuring 53.8x28.9mm and multiple nodules circumscribed in the left breast (ME) BIRADS-4A; Core Biopsy (06/11/2019): benign fibroepithelial lesion, suggestive of fibroadenoma in the MD QSL, radiological follow-up advised. After two years, the patient returned to the outpatient clinic presenting a very large MD, irregular contours, phlogistic signs and an ulcerated nodular lesion occupying the entire breast (Images 1 and 2). On 09/10/2021 she underwent a right mastectomy without an axillary approach, with closure by a Lateral Abdominal Cutaneous Flap, without complications (Image 3); Surgical biopsy (09/22/2021): benign PT, free margins; referred to oncology, without a proposal for adjuvant treatment. Currently undergoing semi-annual clinical and annual radiological control, last consultation on 07/29/2023, without clinical complaints and physical examination without signs of recurrence, with MMGME (06/16/2023): BIRADS-2 and USGME (12/26/2022): 7 hypoechoic, circumscribed nodules, stable since USG on 01/2022. **DISCUSSION:** Differential diagnosis between fibroepithelial tumors is essential for therapy. This is defined by the diagnostic tripod: clinic, imaging exams and pathology. The histological appearance of PT is characterized by fibroepithelial architecture, similar to fibroadenoma, but different from it, exhibiting an exaggerated intracanalicular pattern in the shape of a protruding leaflet, without dilated cystic spaces, accompanied by stromal hypercellularity. Local recurrence rates for TP are between 10-17% for benign and only malignant TP have metastatic potential. NCCN 2.2024 guidelines are wide resections with at least 1 cm surgical margin, without an axillary approach, for all types of PT. Due to the size of the lesion presented by the patient, a conservative surgical proposal was not possible in MD, and right mastectomy was indicated, without the possibility of primary synthesis, using a lateral abdominal skin flap for closure. As it deals with benign PD, there was no recommendation for adjuvant therapy, as there is a low recurrence rate and metastasis.

Keywords: Breast Neoplasms. Phyllodes Tumor. Surgical Flaps; Mastectomy.



Figure 1: Enlarged right breast in profile showing tumor and skin ulceration, with phlogistic signs.
Figure 2: Anterior right breast compared to the left breast, showing irregular contours, extensive nodular area, skin ulceration and phlogistic signs in QSL.



Figure 3: The patient's immediate post-surgery. Right mastectomy was performed with lateral abdominal flap closure.

XII CONGRESSO MÉDICO DA REGIÃO CENTRO - SUL DE MINAS GERAIS -

“NOVOS DESAFIOS E REINCIDÊNCIAS NA SAÚDE CONTEMPORÂNEA: ABORDANDO DOENÇAS EM ASCENSÃO”

2° SEMESTRE – 2024

Resumo

REGRESSÃO COMPLETA DE CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DE OCALIZAÇÃO ATÍPICA COM RADIOTERAPIA ISOLADA: RELATO DE CASO

Laísla Natiele da Silva Oliveira[1], Pablo Moreira Mota Lima[1], Stella Pires Amorim Barbosa[1], Dévaki de Araújo Cruz Attanasio[2].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
[2]Hospital Ibiapaba, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Laísla Natiele da Silva Oliveira - laislanatielle@gmail.com

INTRODUÇÃO: Os cânceres adenoides císticos são neoplasias malignas raras que afetam principalmente as glândulas salivares, comumente parótidas e submandibulares. O tratamento de escolha é geralmente cirúrgico, mas existem evidências de que a radioterapia é uma opção viável para preservação do paciente e regressão neoplásica.O objetivo deste trabalho é relatar um caso de neoplasia adenoidea-na irressecável devido sua localização atípica, que apresentou reversão local completa após tratamento radioterápico. **RELATO DE CASO**: Paciente de 74 anos, sexo feminino, há cerca de 1 ano apresentava otalgia bilateral, zumbido auditivo e odinofagia. Realizada ressonância magnética em julho de 2023, que evidenciou lesão sólida na região posterior da língua, medindo cerca de 2,9 cm x 2,0 cm. A análise imunohistoquímica confirmou adenoide cístico das glândulas salivares menores da tonsila lingual na base da língua. Exames de imagem evidenciaram metástases pulmonares com nódulos distribuídos bilateralmente, o maior medindo cerca de 4cm x 2,8cm. O caso foi discutido entre a oncologia, radioterapia e cirurgia de cabeça e pescoço. Assim, optou-se pela radioterapia isolada para controle local e vigilância ativa das lesões pulmonares, já que a paciente estava assintomática do ponto de vista respiratório. Realizadas 35 sessões de radioterapia com a dose de 59,5 Gy em 35 frações e 70 Gy em 3 frações no tumor primário entre 20/11/2023 a 11/01/2024.Após tratamento radioterápico, a paciente realizou uma ressonância magnética para avaliação da resposta, com ausência de doença local. Foi feito também tomografia de tórax revelando nódulos pulmonares reduzido em número e dimensões, os quais passaram a medir cerca de 3,3cm x 2,2cm, sugerindo provável efeito abscopal. **DISCUSSÃO**:Dessa forma, a radioterapia isolada mostrou-se eficaz no tratamento do carcinoma adenoide cístico, promovendo resposta clínica completa no local e reduzindo os focos metastáticos. Assim, a abordagem menos invasiva proporcionou preservação funcional, sendo particularmente adequada para pacientes que não desejam ou não são candidatos a intervenção cirúrgica agressiva.

Palavras-chave: Glândulas Salivares. Neoplasias. Tratamento Conservador.

Abstract

COMPLETE REGRESSION OF ATYPICALLY LOCATED ADENOID CYSTIC CARCINOMA WITH RADIOTHERAPY ALONE: CASE REPORT

Laísla Natiele da Silva Oliveira[1], Pablo Moreira Mota Lima[1], Stella Pires Amorim Barbosa[1], Dévaki de Araújo Cruz Attanasio[2].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
[2]Hospital Ibiapaba, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Corresponding author: Laísla Natiele da Silva Oliveira - laislanatielle@gmail.com

INTRODUCTION: Cystic adenoid cancers are rare malignant neoplasms that mainly affect the salivary glands, commonly the parotid and submandibular glands. The treatment of choice is usually surgical, but there is evidence that radiotherapy is a viable option for patient preservation and neoplasm regression. The aim of this study is to report a case of an adenoid neoplasm that was unresectable due to its atypical location, which showed complete local reversal after radiotherapy treatment. **CASE REPORT:** A 74-year-old female patient had presented with bilateral otalgia, tinnitus and odynophagia for about a year. An MRI scan was carried out in July 2023, which showed a solid lesion in the posterior region of the tongue, measuring around 2.9 cm x 2.0 cm. Immunohistochemical analysis confirmed a cystic adenoid of the minor salivary glands of the lingual tonsil at the base of the tongue. Imaging tests showed lung metastases with bilaterally distributed nodules, the largest measuring around 4cm x 2.8cm. The case was discussed between oncology, radiotherapy and head and neck surgeon. Radiotherapy alone was chosen for local control and active surveillance of lung lesions, as the patient was asymptomatic from a respiratory point of view. The patient underwent 35 sessions of radiotherapy with a dose of 59.5 Gy in 35 fractions and 70 Gy in 3 fractions in the primary tumor between 20/11/2023 and 11/01/2024. After radiotherapy treatment, the patient underwent an MRI scan to assess the response, with no local disease. A chest CT scan was also performed, revealing pulmonary nodules reduced in number and size, which began to measure around 3.3cm x 2.2cm, suggesting a probable abscopal effect. **DISCUSSION**: Radiotherapy alone proved to be effective in the treatment of adenoid cystic carcinoma, promoting a complete clinical response at the site and reducing metastatic foci. Thus, the less invasive approach provided functional preservation and is particularly suitable for patients who do not wish or are not candidates for aggressive surgical intervention.

Keywords: Salivary Glands. Neoplasms. Conservative Treatment

Resumo

PSEUDOLINFOMA CUTÂNEO: UM RELATO DE CASO

Flávia Moreira Silva[1], Mileny Belo de Campos[1], Rafaella Mendes de Souza Santiago[1], Sarah Oliveira Figueiredo[1], Larissa Alvarenga Cambraia[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Sarah Oliveira Figueiredo - Figueiredo.olv@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Pseudolinfoma Cutâneo (PCL) ou também nomeado de Hiperplasia Linfoide Cutânea, define-se por uma reação linfoproliferativa benigna que tem em sua composição infiltrado de células B e/ou T na derme papilar e reticular, acometendo em sua maioria adultos do sexo feminino. Como o próprio nome sugere, simula histologicamente um linfoma que representa neoplasias malignas originadas de tecidos linfoides, porém o PCL cursa com bom prognóstico. Dessa forma, a importância deste relato está no fato de servir como instrumento para que novas hipóteses diagnósticas, ainda que escassas na literatura, sejam feitas; além disso, ilustra a importância de se realizar diagnósticos diferenciais, buscando sempre uma conduta mais assertiva. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo feminino, 53 anos, leucoderma, apresentou-se ao consultório com queixa de nódulos eritematosos, bem delimitados, localizados em região masseteriana direita, medindo cerca de 2,5cm de diâmetro e nódulo eritematoso com centro atrófico e de coloração amarelada, localizado na mesma região. Relatava ainda prurido nas lesões, sem fator de melhora e com piora ao aumento da temperatura. Como hipóteses diagnósticas foi interrogado a possibilidade de linfoma de células B, tuberculose cutânea e dermatose neutrofílica. A conduta inicial foi a biópsia cujo resultado se mostrou inconclusivo, partindo para o estudo imuno-histoquímico. Num segundo momento, a paciente retornou ao consultório com o resultado do exame, mostrando derme com infiltrado linfocitário superficial e profundo, vagamente nodular e sem atipias. Constatou-se ainda uma população linfoide mista, com linfócitos B (CD20 +) e linfócitos T (CD3 +), de morfologia e distribuição usuais. As características macroscópicas da lesão, somadas ao resultado da biópsia sugeriam uma hiperplasia linfoide reacional ou pseudolinfoma cutâneo. O tratamento foi realizado com corticoide oclusivo e infiltração de corticoide intralesional em consulta posterior, havendo melhora significativa do quadro. **DISCUSSÃO:** O PLC pode ser decorrente de diversos estímulos como dermatite de contato, infecções virais, paniculitelúpica, tatuagens e vacinas. Quanto a fisiopatologia, o que se sugere é que há um recrutamento de células imunes que, ao migrarem, liberam diversas substâncias como citocinas inflamatórias, que colaboram para a migração de mais células imunes, resultando na formação de algo similar a um linfoma. Comumente, a lesão se apresenta na forma de nódulos solitários, pápulas e placas infiltrativas decorrentes de infiltração linfocitária, como no caso em questão, gerando dúvida diagnóstica. Além disso, embora não haja uma manifestação clínica típica que ajude a diferenciar lesão maligna de benigna, a presença de múltiplos nódulos ou placas fundamentam a suspeita de um linfoma maligno; a linfadenopatia também é mais sugestiva de linfoma, no entanto, o tipo misto de pseudolinfoma de células B e T também pode mostrar linfadenopatia. Sendo assim, evidencia-se a importância da correlação entre história clínica, histopatologia e imuno-histoquímica para adequado diagnóstico da lesão, visto que diferentes diagnósticos compartilham as mesmas características entre si. O tratamento de escolha vai desde medidas mais conservadoras como o uso de corticoide tópico, agentes sistêmicos, modalidades físicas, até a excisão cirúrgica. Ademais, é importante lembrar, da necessidade de acompanhamento do paciente devido a possibilidade de transformação da lesão para linfoma maligno, garantindo um diagnóstico precoce e tratamento definitivo.

Palavras-chave: Pseudolinfoma. Imuno-Histoquímica. Diagnóstico.



Imagem 01- Lesões do pseudolinfoma cutâneo.

Abstract

CUTANEOUS PSEUDOLYMPHOMA: A CASE REPORT

Flávia Moreira Silva[1], Mileny Belo de Campos[1], Rafaella Mendes de Souza Santiago[1], Sarah Oliveira Figueiredo[1], Larissa Alvarenga Cambraia[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Corresponding author: Sarah Oliveira Figueiredo - Figueiredo.olv@gmail.com

INTRODUCTION: Cutaneous pseudolymphoma (CPL), also known as cutaneous lymphoid hyperplasia, is defined as a benign lymphoproliferative reaction that presents infiltration of B and/or T cells in the papillary and reticular dermis, mainly affecting female adults. As the name suggests, it histologically simulates a lymphoma that represents malignant neoplasms originating from lymphoid tissues, but CPL has a good prognosis. Thus, the importance of this report lies in the fact that it serves as an instrument for new diagnostic hypotheses, although scarce in the literature, to be made; in addition, it illustrates the importance of performing differential diagnoses, always seeking a more assertive approach. **CASE REPORT:** A 53-year-old female patient with leucoderma presented to the outpatient clinic complaining of well-defined erythematous nodules located in the right masseter region, measuring approximately 2.5 cm in diameter, and an erythematous nodule with an atrophic center and yellowish coloration, located in the same region. She also reported pruritus in the lesions, with no improvement factor and worsening with an increase in temperature. The diagnostic hypotheses were B-cell lymphoma, cutaneous tuberculosis and neutrophilic dermatosis. The initial procedure was a biopsy, the result of which was inconclusive, and an immunohistochemical study was performed. The patient then returned to the outpatient clinic with the results of the examination, presenting dermis with superficial and deep lymphocytic infiltrate, vaguely nodular and without atypia. A mixed lymphoid population was also observed, with B lymphocytes (CD20+) and T lymphocytes (CD3+), of usual morphology and distribution. The macroscopic characteristics of the lesion, together with the biopsy results, suggested reactive lymphoid hyperplasia or cutaneous pseudolymphoma. Treatment was performed with occlusive corticosteroids and intralesional infiltration of corticosteroids at a later consultation, with significant improvement in the condition. **DISCUSSION:** PLC can be caused by several stimuli, such as contact dermatitis, viral infections, panniculitis, tattoos and vaccines. Regarding the pathophysiology, it is suggested that there is a recruitment of immune cells that, when migrating, release several substances such as inflammatory cytokines, which contribute to the migration of more immune cells, resulting in the formation of something similar to lymphoma. The lesion commonly presents as solitary nodules, papules and infiltrative plaques resulting from lymphocytic infiltration, as in the case in question, generating diagnostic doubt. Furthermore, although there is no typical clinical manifestation that helps to differentiate malignant from benign lesions, the presence of multiple nodules or plaques supports the suspicion of malignant lymphoma; Lymphadenopathy is also more suggestive of lymphoma; however, the mixed type of B-cell and T-cell pseudolymphoma may also present with lymphadenopathy. Therefore, the importance of the correlation between clinical history, histopathology, and immunohistochemistry for the proper diagnosis of the lesion is evident, since different diagnoses share the same characteristics. The treatment of choice varies from more conservative measures such as the use of topical corticosteroids, systemic agents, physical modalities, to surgical excision. In addition, it is important to remember the need for patient monitoring due to the possibility of the lesion transforming into malignant lymphoma, ensuring early diagnosis and definitive treatment.

Keywords: Pseudolymphoma. Immunohistochemistry. Diagnosis.



Imagem 01- Lesions of cutaneous pseudolymphoma.

Resumo

SARCOIDOSE GÁSTRICA: RELATO DE CASO

Giovanna de Oliveira Pereira[1], Giullia de Oliveira Pereira[1], Laísa Gonçalves Santos[1], Layla Beatriz Bécho Fonseca[1], Renato Santos Laboissière[2].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
[2]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil
Autor correspondente: Laísa Gonçalves Santos - laisasaantos29@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Sarcoidose é uma patologia de etiologia ainda desconhecida e de acometimento sistêmico, atingindo sobretudo o pulmão, onde surgem as primeiras manifestações clínicas, no Brasil, 10 a cada 100.000 habitantes terão essa doença. Em menos de 1% dos casos há acometimento do trato gastrointestinal, principalmente esôfago, estomago e dudodeno, dentre esses, o mais frequente é o estômago, agredindo principalmente o antro, através da infiltração na mucosa, lesões exofíticas endoluminais, envolvimento do plexo mioentérico ou compressões extrínsecas. As manifestações clínicas são poucas, apesar de persistentes, como dor abdominal, náuseas, anorexia, dentre outras, sendo facilmente confundidas com outras patologias, como doenças crônicas e neoplasias, além de ser autolimitada. **RELATO DE CASO:** Mulher, 57 anos, residente de Belo Horizonte-MG compareceu ao ambulatório com queixa de dor epigástrica persistente, pirose, náuseas e disfagia, exacerbada pela ingesta de medicamentos, como anti-inflamatórios e água, com piora relatada após uso de corticoides e hidroxicloroquina. Foi feita uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsia, que revelou gastrite crônica granulomatosa não necrotizante, com pesquisas para fungos e bactérias negativas. A paciente apresentava também cálcio sérico e PTH suprimidos, que é uma característica adicional da sarcoidose. A paciente era portadora de hipertensão arterial sistêmica, osteopenia, Síndrome de Sjogren, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), incidentaloma adrenal e sarcoidose pulmonar com linfadenomegalia generalizada. **DISCUSSÃO:** Os sintomas gastrointestinais apresentados são comuns a várias patologias, por isso o diagnóstico foi feito através da exclusão e a confirmação com exames complementares, no caso da paciente, EDA com biópsia que excluiu doenças infecciosas (fúngicas e tuberculose) e autoimunes (Doença de Crohn). Estudos indicam que a hipercalcemia ocorre em até 10% dos pacientes com sarcoidose por uma produção excessiva de vitamina D nos macrófagos ativados nos granulomas, corroborando o quadro clínico observado, com cálcio sérico e PTH suprimidos. Já o tratamento se baseia na melhora sintomática, com uso de corticoides, como primeira linha de escolha, e na falha desses imunossupressores ou terapias biológicas. Ademais, o acompanhamento multidisciplinar é necessário nessa patologia devido às manifestações sistêmicas. Dessa forma, o acompanhamento da paciente faz com que complicações, como insuficiência respiratória, cirrose hepática e arritmias cardíacas, possam ser evitadas, o tratamento deve ser ajustado individualmente para uma melhor resposta terapêutica, como no caso a paciente relatou piora sintomática após uso de corticoides, levando os médicos a considerarem o uso de imunossupressores ou terapias biológicas, com o agente anti-TNF, que tem tido resultados promissores em casos refratários. **CONCLUSÃO:** É válido ressaltar que a sarcoidose gástrica é uma patologia com poucas pesquisas relacionadas, o que dificulta o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do paciente. Além disso, é de extrema relevância o acompanhamento multiprofissional do caso e que seu quadro clínico seja avaliado regularmente para um manejo adequado à evolução da patologia e sintomas associados, em benefício de um bom prognóstico que promova a melhora na qualidade de vida e bem-estar da paciente.

Palavras-chave: Sarcoidose Pulmonar. Gastropatias. Relatos de Casos.

Abstract

GASTRIC SARCOIDOSIS: CASE REPORT

Giovanna de Oliveira Pereira[1], Giullia de Oliveira Pereira[1], Laísa Gonçalves Santos[1], Layla Beatriz Bécho Fonseca[1], Renato Santos Laboissière[2].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
[2]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil
Corresponding author: Laísa Gonçalves Santos - laisasaantos29@gmail.com

INTRODUCTION: Sarcoidosis is a condition of unknown etiology with systemic involvement, primarily affecting the lungs, where the first clinical manifestations typically occur. In Brazil, it is estimated that 10 out of every 100,000 inhabitants will develop this disease. Gastrointestinal involvement occurs in less than 1% of cases, mainly affecting the esophagus, stomach, and duodenum, with the stomach being the most common site. It primarily impacts the antrum through mucosal infiltration, endoluminal exophytic lesions, involvement of the myenteric plexus, or extrinsic compressions. Clinical manifestations are generally few but persistent, including abdominal pain, nausea, and anorexia, often easily confused with other conditions such as chronic diseases and neoplasms, and it is typically self-limiting. **CASE REPORT:** The patient, I.M.S.R., a 57-year-old resident of Belo Horizonte-MG, presented to the clinic with complaints of persistent epigastric pain, heartburn, nausea, and dysphagia. Symptoms were exacerbated by the intake of medications, such as anti-inflammatories and water, with worsening reported after the use of corticosteroids and hydroxychloroquine. An upper gastrointestinal endoscopy (UGI) with biopsy revealed non-necrotizing chronic granulomatous gastritis, with negative tests for fungi and bacteria. The patient also exhibited suppressed serum calcium and parathyroid hormone (PTH) levels, which are additional characteristics of sarcoidosis. Her medical history included systemic hypertension, osteopenia, Sjögren's syndrome, gastroesophageal reflux disease (GERD), an adrenal incidentaloma, and pulmonary sarcoidosis with generalized lymphadenopathy. **DISCUSSION:** The gastrointestinal symptoms presented are common to various conditions; therefore, the diagnosis was made through exclusion and confirmation with complementary tests. In this patient's case, the upper gastrointestinal endoscopy (UGI) with biopsy excluded infectious diseases (fungal infections and tuberculosis) and autoimmune conditions (such as Crohn's disease). Studies indicate that hypercalcemia occurs in up to 10% of sarcoidosis patients due to excessive vitamin D production by activated macrophages in granulomas, which corroborates the clinical picture observed, alongside suppressed serum calcium and PTH levels. Treatment primarily focuses on symptomatic relief, with corticosteroids as the first-line choice. In cases of treatment failure, immunosuppressants or biological therapies may be considered. Furthermore, multidisciplinary follow-up is essential due to the systemic manifestations of the disease. Regular monitoring helps prevent complications such as respiratory failure, liver cirrhosis, and cardiac arrhythmias. Treatment should be individually tailored for optimal therapeutic response; in this case, the patient reported worsening symptoms after corticosteroid use, prompting physicians to consider immunosuppressants or biological therapies, such as anti-TNF agents, which have shown promising results in refractory cases. **CONCLUSION:** It is important to emphasize that gastric sarcoidosis is a condition with limited related research, which complicates the diagnosis, treatment, and prognosis for patients. Additionally, multidisciplinary follow-up is crucial, and regular clinical evaluations are necessary for proper management of disease progression and associated symptoms. This approach aims to ensure a favorable prognosis that enhances the patient's quality of life and well-being.

Keywords: Sarcoidosis Pulmonary. Stomach Diseases. Case Reports.

Resumo

PERDA DO ACESSO VENOSO IMEDIATAMENTE APÓS REALIZAÇÃO DA RAQUIANESTESIA: RELATO DE CASO

Bárbara Sthefanie Menezes de Oliveira[1] . Clara Pereira Santos[1] , David Barbosa Brandão[1] , Gabriela Isoni e Moreira[1] , Alexandre Almeida Guedes[1] .

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Clara Pereira Santos - clarapsantos01@gmail.com

INTRODUÇÃO: A manutenção do acesso venoso é crucial durante procedimentos anestésicos, especialmente em cirurgias ortopédicas de grande porte, onde a estabilidade hemodinâmica do paciente pode ser comprometida. A raquianestesia, técnica comum em cirurgias de membros inferiores, apresenta desafios no manejo vascular, principalmente em pacientes com fatores de risco como alcoolismo crônico e desnutrição. Este relato de caso descreve um episódio crítico de perda do acesso venoso imediatamente após a raquianestesia em um paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de fêmur, destacando as dificuldades enfrentadas e as estratégias adotadas para restabelecer o controle hemodinâmico de forma eficaz. **RELATO DE CASO:** Um paciente masculino de 42 anos, com índice de massa corporal de 18, foi admitido para tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito. Durante a avaliação pré-anestésica, identificou-se alcoolismo crônico e desnutrição, mas sem outras comorbidades relevantes. Os exames pré-operatórios estavam normais. No centro cirúrgico, o paciente apresentava um acesso venoso periférico na mão esquerda (calibre 20G) e era monitorado com oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e eletrocardiografia contínua. Após a sedação com anestésico dissociativo, foi realizada uma punção lombar em L3-L4 com agulha de Quincke, seguida da injeção intratecal de anestésico local 0,5% e opióide. Ao reposicionar o paciente em decúbito dorsal, notou-se a perda do acesso venoso. Tentativas de estabelecer um novo acesso foram frustradas por um declínio abrupto da pressão arterial de 130x80 mmHg para 100x60 mmHg. A administração de um estimulante adrenérgico não surtiu efeito e a pressão arterial caiu para 90x50 mmHg. Optou-se então por um acesso venoso profundo, enquanto se providenciavam os materiais necessários. Durante esse período, foi administrada adrenalina, mas a pressão arterial continuou em queda, alcançando 80x40 mmHg. A punção da veia jugular interna direita foi realizada com cateter 14G utilizando a técnica de Seldinger, e iniciou-se a expansão volêmica rápida com solução cristalóide, estabilizando a condição do paciente. A pressão arterial finalmente se estabilizou em torno de 150x100 mmHg e a frequência cardíaca aumentou em 50%. O paciente foi então transferido para a sala de recuperação pós-anestésica, recebendo alta após 90 minutos com 9 pontos na Escala de Aldrete modificada**. DISCUSSÃO:** Este caso ilustra a importância da preparação e da rápida intervenção em situações de perda de acesso venoso durante procedimentos anestésicos. Fatores de risco como alcoolismo crônico e desnutrição podem predispor a dificuldades no manejo vascular. A perda do acesso venoso periférico e a subsequente queda da pressão arterial exigiram intervenções imediatas para evitar complicações. O acesso venoso profundo foi vital para a rápida administração de fluidos e estabilização do paciente. Embora o ultrassom seja o padrão-ouro para inserção de cateteres venosos centrais, dominar técnicas de punção guiada por referências anatômicas é essencial. A administração de estimulantes adrenérgicos e a busca por um novo acesso foram cruciais para a manutenção da estabilidade hemodinâmica, enfatizando a importância de estar preparado para abordagens alternativas em situações críticas.

Palavras-chave: Catéteres. Raquianestesia. Hemodinâmica. Anestesia

Abstract

LOSS OF VENOUS ACCESS IMMEDIATELY AFTER PERFORMING SPINAL ANESTHESIA: A CASE REPORT

Bárbara Sthefanie Menezes de Oliveira[1] . Clara Pereira Santos[1] , David Barbosa Brandão[1] , Gabriela Isoni e Moreira[1] , Alexandre Almeida Guedes[1] .

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Clara Pereira Santos - clarapsantos01@gmail.com

INTRODUCTION: Maintaining venous access is crucial during anesthetic procedures, especially in major orthopedic surgeries where the patient's hemodynamic stability may be compromised. Spinal anesthesia, a common technique in lower limb surgeries, presents challenges in vascular management, particularly in patients with risk factors such as chronic alcoholism and malnutrition. This case report describes a critical episode of loss of venous access immediately after spinal anesthesia in a patient undergoing surgical treatment for a femoral fracture, highlighting the difficulties encountered and the strategies adopted to effectively restore hemodynamic control. **CASE REPORT:** A 42-year-old male patient with a body mass index of 18 was admitted for surgical treatment of a right femur fracture. During the pre-anesthetic evaluation, chronic alcoholism and malnutrition were identified, but no other relevant comorbidities were noted. Pre-operative exams were normal. In the operating room, the patient had a peripheral venous access in his left hand (20G) and was monitored with pulse oximetry, non-invasive blood pressure, and continuous electrocardiography. After sedation with a dissociative anesthetic, a lumbar puncture at L3-L4 was performed using a Quincke needle, followed by the intrathecal injection of 0.5% local anesthetic and an opioid. Upon repositioning the patient to the supine position, the loss of venous access was noted. Attempts to establish a new access were frustrated by a sudden drop in blood pressure from 130/80 mmHg to 100/60 mmHg. The administration of an adrenergic stimulant was ineffective, and blood pressure fell to 90/50 mmHg. A decision was made to establish deep venous access while the necessary materials were gathered. During this time, epinephrine was administered, but blood pressure continued to decline, reaching 80/40 mmHg. The right internal jugular vein was punctured with a 14G catheter using the Seldinger technique, and rapid volume expansion with crystalloid solution was initiated, stabilizing the patient's condition. Blood pressure eventually stabilized around 150/100 mmHg, and heart rate increased by 50%. The patient was then transferred to the post-anesthesia recovery room, being discharged after 90 minutes with a score of 9 on the modified Aldrete Scale**. DISCUSSION:** This case illustrates the importance of preparation and rapid intervention in situations of loss of venous access during anesthetic procedures. Risk factors such as chronic alcoholism and malnutrition may predispose patients to difficulties in vascular management. The loss of peripheral venous access and the subsequent drop in blood pressure required immediate interventions to avoid complications. Deep venous access was vital for the rapid administration of fluids and stabilization of the patient. While ultrasound is the gold standard for central venous catheter insertion, mastering puncture techniques guided by anatomical landmarks is essential. The administration of adrenergic stimulants and the pursuit of a new access were crucial for maintaining hemodynamic stability, emphasizing the importance of being prepared for alternative approaches in critical situations.

Keywords: Catheters. Anesthesia, Spinal. Hemodynamics. Anesthesia

Resumo

TUBERCULOSE GANGLIONAR CERVICAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Gabriela Azevedo de Souza Siqueira[1], Marcela Maria Alves Lima de Oliveira[1], Herbert José Fernandes[2].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
[2]Hospital Eduardo de Menezes, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Gabriela Azevedo De Souza Siqueira - gabiazevedoss.5656@gmail.com

INTRODUÇÃO: A tuberculose ganglionar é uma forma de tuberculose extrapulmonar caracterizada pelo acometimento dos linfonodos, sendo a manifestação extrapulmonar mais frequente da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. No Brasil, a tuberculose extrapulmonar representou cerca de 16% dos casos notificados de tuberculose em 2022, sendo frequentemente associada a condições como HIV e diabetes, que aumentam a vulnerabilidade a formas não-pulmonares da doença (1,2). A apresentação clínica caracteriza-se por linfonodomegalias de crescimento lento, indolores e sem sintomas sistêmicos evidentes, o que frequentemente retarda o diagnóstico. O diagnóstico definitivo geralmente depende de métodos invasivos, como a biópsia, que revela granulomas com necrose caseosa e achados de pesquisa direta do agente. O tratamento é baseado no esquema antituberculoso recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil (3). **RELATO DE CASO:** Paciente acompanhada pela mãe com história prévia de paralisia cerebral e epilepsia, apresentou quadro de linfonodomegalia cervical direita há cerca de três anos de evolução, com crescimento gradativo. Refere que fez várias avaliações, inclusive com a Cirurgia de Cabeça e Pescoço, porém, sem elucidação diagnóstica. Realizou ultrassonografia cervical que evidenciou múltiplas linfadenomegalias em região parotídea e submandibular de caráter inflamatório. Irmã refere que ao realizar procedimento odontológico e utilizar anti-inflamatório não-esteroidal, houve redução de tamanho de linfadenomegalia. Negou emagrecimento,febre e perda de peso. Após avaliação com a cirurgia, foi realizada biópsia de linfonodo e o laudo anatomopatológico identificou necrose caseosa. Foi iniciado tratamento empírico antituberculoso e houve remissão completa dos sintomas. **DISCUSSÃO:** A tuberculose ganglionar cervical é a forma extrapulmonar mais comum de infecção por *Mycobacterium tuberculosis.* No Brasil, sua prevalência é notável em regiões de alta incidência de tuberculose e coinfecção com HIV (5). Devido à inespecificidade dos sintomas, o diagnóstico muitas vezes é tardio ou incorreto (4). A doença surge da progressão dos focos bacilares, e, embora possa afetar qualquer cadeia linfonodal, predomina na cadeia cervical anterior, com leve preferência pelo lado direito. Inicialmente, os linfonodos crescem lentamente, são indolores e móveis, progredindo posteriormente com aumento de volume, coalescência e fistulização. A tomografia computadorizada é uma ferramenta útil, permitindo a avaliação simultânea do parênquima pulmonar e do abdome, além de revelar características específicas da lesão linfonodal. O diagnóstico pode ser confirmado pela punção aspirativa, com positividade para baciloscopia em 10% a 25% dos casos e cultura positiva em 50% a 85%. A biópsia linfonodal é decisiva em 91% a 96% dos pacientes, como no caso apresentado. O teste tuberculínico costuma ser fortemente reativo, exceto em pacientes imunocomprometidos. Durante o tratamento antituberculoso, os linfonodos afetados podem aumentar de tamanho ou novas linfonodomegalias podem surgir, refletindo uma resposta imunológica à morte das micobactérias. Esse fenômeno é comum, especialmente em pacientes com HIV, devido à reconstituição imunológica após o início da terapia antirretroviral (5).

Palavras-chave: Tuberculose. Tuberculose dos Linfonodos. Tuberculose Extrapulmonar. Linfonodos. Necrose

Abstract

CERVICAL LYMPH NODE TUBERCULOSIS: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Gabriela Azevedo de Souza Siqueira[1], Marcela Maria Alves Lima de Oliveira[1], Herbert José Fernandes[2].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
[2]Hospital Eduardo de Menezes, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Gabriela Azevedo De Souza Siqueira - gabiazevedoss.5656@gmail.com

INTRODUCTION: Lymph node tuberculosis is a form of extrapulmonary tuberculosis characterized by lymph node involvement, and is the most common extrapulmonary manifestation of Mycobacterium tuberculosis infection. In Brazil, extrapulmonary tuberculosis accounted for about 16% of reported tuberculosis cases in 2022, and is often associated with conditions such as HIV and diabetes, which increase vulnerability to non-pulmonary forms of the disease (1,2). The clinical presentation is characterized by slow-growing, painless lymph node enlargement with no evident systemic symptoms, which often delays the diagnosis. Definitive diagnosis usually depends on invasive methods such as biopsy, which reveals granulomas with caseous necrosis, and findings from direct investigation of the agent. Treatment is based on the antituberculous regimen recommended by the Brazilian Ministry of Health (3). **CASE REPORT:** A patient followed by her mother with a previous history of cerebral palsy and epilepsy, presented with right cervical lymph node enlargement for about three years, with gradual growth. He states that he made several evaluations, including Head and Neck Surgery, however, without diagnostic elucidation. Cervical ultrasonography showed multiple inflammatory lymph node enlargements in the parotid and submandibular regions. Sister reports that when undergoing a dental procedure and using non-steroidal anti-inflammatory drugs, there was a reduction in the size of lymphadenomegaly. He denied weight loss, fever and weight loss. After evaluation with surgery, a lymph node biopsy was performed and the anatomopathological report identified caseous necrosis. Empirical antituberculosis treatment was initiated and there was complete remission of symptoms. **DISCUSSION:** Cervical lymph node tuberculosis is the most common extrapulmonary form of Mycobacterium tuberculosis infection. In Brazil, its prevalence is notable in regions with high incidence of tuberculosis and co-infection with HIV (5). Due to the non-specificity of symptoms, diagnosis is often late or incorrect (4). The disease arises from the progression of bacillary foci, and, although it can affect any lymph node chain, it predominates in the anterior cervical chain, with a slight preference for the right side. Initially, the lymph nodes grow slowly, are painless and mobile, and later progress with increased volume, coalescence and fistulization. Computed tomography is a useful tool, allowing simultaneous evaluation of the lung parenchyma and abdomen, in addition to revealing specific characteristics of the lymph node lesion. The diagnosis can be confirmed by aspiration puncture, with positive sputum smear microscopy in 10% to 25% of cases and positive culture in 50% to 85%. Lymph node biopsy is decisive in 91% to 96% of patients, as in the case presented here. Tuberculin skin testing is usually strongly reactive, except in immunocompromised patients. During antituberculous treatment, the affected lymph nodes may increase in size or new lymph node enlargement may arise, reflecting an immune response to the death of the mycobacteria. This phenomenon is common, especially in patients with HIV, due to immune reconstitution after initiation of antiretroviral therapy (5)

Keywords: Tuberculosis. Tuberculosis, Lymph Node. Tuberculosis, Extrapulmonary. Lymph Nodes. Necrosis.

Resumo

INJÚRIA RENAL AGUDA ASSOCIADA A DENGUE: RELATO DE CASO

Gabriel Miranda Campos Silva[1], Gustavo Guilarducci Barros[1], Pedro Rossi Lopes[1], Valéria Gomes Ventura[1], Marcelo Dias de Castro[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Pedro Rossi Lopes - pedrorossils@gmail.com

INTRODUÇÃO: A dengue é um problema de saúde importante em muitos países. Complicações envolvendo órgãos específicos tem sido cada vez mais observado e parecem ter efeitos sobre a morbidade e mortalidade relacionadas a dengue. A dengue é uma doença viral transmitida pelo mosquito Aedes aegypti, sendo uma das principais causas de morbidade em regiões tropicais e subtropicais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 390 milhões de infecções ocorrem a cada ano, sendo 96 milhões sintomáticas. A dengue grave acomete cerca de 6,0 a 6,7% dos pacientes, entre os internados com dengue grave 3,3 a 4,8% desenvolvem IRA (Injúria Renal Aguda), dos quais 14,1% necessitam de diálise. **RELATO DE CASO**: Paciente 58 anos, sexo masculino, afirma que, há 8 dias apresenta quadro de torpor e mialgia, associado a perda de peso, nega demais sintomas, nega comorbidades prévias, durante a internação foi evidenciado nódulo complexo em rim esquerdo, com tomografia computadorizada (TC) com contraste sem definir características sobre a tumoração, além disso na propedêutica inicial foi detectado sedimento urinário com hematúria, proteinúria acima de 3g e relação proteína/creatinina 3,6. Paciente iniciou hemodiálise com cateter duplo lúmen e posteriormente recebeu transfusão sanguínea, sem intercorrências, reinternado pós tratamento com recebeu alta hospitalar e orientações sobre cuidados ao cateter. Após 2 meses, retorna com febre e piora dos parâmetros laboratoriais, creatinina (2,28mg/dl), ureia (49 mg/dl), potássio (3,6 mEq/L), teste RT-PCR positivo para dengue. No entanto, 2 dias após, a função renal do paciente deteriorou, com creatinina (5,71 mg/dl) e ureia (128 mg/dl), o paciente apresentou sintomas urêmicos e necessidade urgente de retornar à hemodiálise. O acompanhamento foi ajustado, com a indicação de reavaliação de alterações laboratoriais e gestão de níveis de potássio. O paciente foi programado para novo implante de cateter e retorno para hemodiálise contínua. **DISCUSSÃO**: O caso em questão suscita provável injúria renal aguda pelo vírus da dengue, que envolve diversos mecanismos fisiopatológicos complexos, embora existam lacunas no entendimento completos desses mecanismos, a flutuação hemodinâmica é uma das hipóteses, isso sugere que na dengue pode ocorrer alterações hemodinâmicas, como choque e hipotensão, que resulta em alterações da perfusão renal. Ademais, a tempestade de citocinas é outra possibilidade, em que a infecção pelo vírus da dengue provoca uma resposta inflamatória intensa, acompanhada por liberação de várias citocinas inflamatórias, resultando em lesão endotelial, aumento da permeabilidade vascular, hemoconcetração e comprometimento da função renal. Além disso tem-se outras teorias fisiopatológicas acerca da lesão renal e a dengue, como a lesão direta pelo vírus acompanhado de ativação do sistema imunológico e a rabdomiólise, na qual a degradação do tecido muscular, libera mioglobina na corrente sanguínea, com possibilidade de ser tóxico aos rins. A IRA associada a dengue, representa uma complicação relevante, com diversos mecanismos fisiopatológicos associados. O caso apresenta a gravidade dessa condição, destacando como o monitoramento e o manejo cuidadoso é de extrema importância em pacientes com dengue.

Palavras-chave: Dengue. Injúria Renal Aguda. Diálise Renal.

Abstract

DENGUE-ASSOCIATED ACUTE KIDNEY INJURY: CASE REPORT

Gabriel Miranda Campos Silva[1], Gustavo Guilarducci Barros[1], Pedro Rossi Lopes[1], Valéria Gomes Ventura[1], Marcelo Dias de Castro[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Pedro Rossi Lopes - pedrorossils@gmail.com

INTRODUCTION: Dengue is a major health problem in many countries. Complications involving specific organs have been increasingly observed and appear to have an effect on dengue-related morbidity and mortality. Dengue is a viral disease transmitted by the Aedes aegypti mosquito and is a major cause of morbidity in tropical and subtropical regions. The World Health Organization (WHO) estimates that approximately 390 million infections occur each year, of which 96 million are symptomatic. Severe dengue affects approximately 6.0 to 6.7% of patients; among those hospitalized with severe dengue, 3.3 to 4.8% develop AKI (Acute Kidney Injury), of which 14.1% require dialysis. **CASE REPORT**: A 58-year-old male patient reports that he has had numbness and myalgia associated with weight loss for 8 days. He denies other symptoms and previous comorbidities. During hospitalization, a complex nodule was found in the left kidney. Contrast-enhanced computed tomography (CT) revealed no defining characteristics of the tumor. In addition, the initial workup detected urinary sediment with hematuria, proteinuria above 3g, and a protein/creatinine ratio of 3.6. The patient started hemodialysis with a double-lumen catheter and subsequently received a blood transfusion without complications. He was readmitted after treatment and discharged from the hospital with instructions on catheter care. After 2 months, he returned with fever and worsening laboratory parameters, creatinine (2.28mg/dL), urea (49 mg/dL), potassium (3.6 mEq/L), and a positive RT-PCR test for dengue. However, 2 days later, the patient's renal function deteriorated, with creatinine (5.71 mg/dL) and urea (128 mg/dL). The patient presented uremic symptoms and an urgent need to return to hemodialysis. Follow-up was adjusted, with the indication of reassessment of laboratory alterations and management of potassium levels. The patient was scheduled for new catheter implantation and return to continuous hemodialysis. **DISCUSSION**: The case in question raises probable acute kidney injury by the dengue virus, which involves several complex pathophysiological mechanisms. Although there are gaps in the complete understanding of these mechanisms, hemodynamic fluctuation is one of the hypotheses, this suggests that hemodynamic alterations, such as shock and hypotension, may occur in dengue, resulting in alterations in renal perfusion. Furthermore, cytokine storm is another possibility, in which infection by the dengue virus provokes an intense inflammatory response, accompanied by the release of several inflammatory cytokines, resulting in endothelial damage, increased vascular permeability, hemoconcentration and impaired renal function. In addition, there are other pathophysiological theories about renal damage and dengue, such as direct damage by the virus accompanied by activation of the immune system and rhabdomyolysis, in which the degradation of muscle tissue releases myoglobin into the bloodstream, which can be toxic to the kidneys. AKI associated with dengue represents a relevant complication, with several associated pathophysiological mechanisms. The case presents the severity of this condition, highlighting how careful monitoring and management are extremely important in patients with dengue.

Keywords: Dengue. Acute Kidney Injury. Renal Dialysis.

Resumo

MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Marcela Maria Alves Lima de Oliveira[1], Pedro Barbosa Bandeira[1], Pedro Henrique Ramos Pungirum[1], Lara Fagundes Fonseca da Cunha[1], Tânia Maria Gonçalves Quintão Santana[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Tânia Maria Gonçalves Quintão Santana - tmquintao@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: A cardiomiopatia periparto (PPCM), é uma causa rara de insuficiência cardíaca (IC), afetando mulheres no final da gravidez ou no início do puerpério. A Sociedade Europeia de Cardiologia define PPCM a partir das três condições a seguir: IC no final da gravidez, ou dentro de cinco meses após o parto; ausência de outra causa identificável para a falha miocárdica; disfunção sistólica ventricular esquerda (VE) com uma fração de ejeção do VE de menos de 45%, com ou sem dilatação do VE. Os fatores de risco são: idade superior a 30 anos; descendência africana; gestação múltipla; pré-eclâmpsia prévia ou concomitante, eclâmpsia ou hipertensão pós-parto; abuso materno de cocaína; paridade ≥4. Embora a multiparidade esteja associada à PPCM, estudos mostraram que a maioria das pacientes desenvolvem PPCM durante a primeira ou segunda gravidez, e geralmente, se apresentam durante o primeiro mês pós-parto. Sua apresentação é variável e semelhante a outras formas de IC sistólica. Ademais, sinais e sintomas de tromboembolismo sistêmico ou pulmonar podem estar presentes. Os exames mais utilizados para diagnóstico são o eletrocardiograma (ECG) e o ecocardiograma. Nesse sentido, o presente relato de caso descreve uma cardiomiopatia periparto, objetivando demonstrar o histórico e a evolução dessa patologia, até o diagnóstico final e seu tratamento. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, G2P2A0, último parto em 05/08/2023, sendo parto normal e domiciliar. Após o parto, procurou a Santa Casa de Misericórdia de Barbacena e recebeu alta em 06/08/2023. Retornou à Santa Casa em 07/08/2023 devido a sintomas como dispneia, dor torácica, hematêmese e tosse. Foi cogitada a possibilidade de pneumonia e TEP, ficando internada por 7 dias para tratamento. Quatro dias após a alta, a paciente deu entrada no Hospital Ibiapaba em Barbacena, trazida pelo SAMU, apresentando quadro de dispneia, tosse, crepitações bilaterais, B3, turgência jugular, saturação de 91%, FC de 120 bpm. Na anamnese, a paciente referiu dispneia paroxística noturna e ortopneia. Foi prescrito um diurético/anti-hipertensivo e um vasodilatador. Realizou ECOTT com FEVE de 29%, RX de Tórax que detectou cardiomegalia, aumento do átrio esquerdo e sinais de congestão bilateralmente, sem outras alterações. Logo, a hipótese diagnóstica foi de cardiomiopatia pós-parto. Atualmente, encontra-se em tratamento e assintomática. **DISCUSSÃO:** Por se tratar de uma doença de caráter epidemiológico rara, cuja etiologia ainda não é compreendida completamente, a miocardiopatia pós-parto geralmente é diagnosticada tardiamente devido às suas diversas manifestações clínicas serem atribuídas às mudanças fisiológicas da gravidez e do pós-parto. Pode se perceber que a paciente apresentava apenas um fator de risco para a PPCM, sendo imprescindível notar a ausência de antecedentes cardíacos, a excluir outras causas de ICC (como pré-eclâmpsia, infarto agudo do miocárdio e tromboembolismo pulmonar) e a confirmar de disfunção ventricular esquerda por ecocardiografia para que a paciente seja classificada como um caso de MCPP. Com o objetivo de otimizarmos o prognóstico estabelecido, é imprescindível o manejo clínico, implementando medidas terapêuticas, que são princípios gerais de outras formas de insuficiência cardíaca causadas por disfunção sistólica.

Palavras-chave: Cardiomiopatias. Cardiomiopatia Dilatada. Gravidez. Insuficiência Cardíaca. Complicações Cardiovasculares na Gravidez.

Abstract

PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Marcela Maria Alves Lima de Oliveira[1], Pedro Barbosa Bandeira[1], Pedro Henrique Ramos Pungirum[1], Lara Fagundes Fonseca da Cunha[1], Tânia Maria Gonçalves Quintão Santana[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil

Corresponding author: Tânia Maria Gonçalves Quintão Santana - tmquintao@yahoo.com.br

INTRODUCTION: Peripartum cardiomyopathy (PPCM) is a rare cause of heart failure (HF), affecting women at the end of pregnancy or at the beginning of the puerperium. The European Society of Cardiology defines PPCM from the following three conditions: HF at the end of pregnancy, or within five months after delivery; absence of another identifiable cause for myocardial failure; left ventricular (LV) systolic dysfunction with a LV ejection fraction of less than 45%, with or without LV dilation. Risk factors are: age over 30 years; African descent; multiple pregnancy; previous or concomitant preeclampsia, eclampsia or postpartum hypertension; maternal cocaine abuse; parity ≥4. Although multiparity is associated with PPCM, studies have shown that most patients develop PPCM during the first or second pregnancy, and usually present themselves during the first month postpartum. Its presentation is variable and similar to other forms of systolic HF. In addition, signs and symptoms of systemic or pulmonary thromboembolism may be present. The most commonly used tests for diagnosis are electrocardiogram (ECG) and echocardiography. In this sense, the present case report describes a peripartum cardiomyopathy, aiming to demonstrate the history and evolution of this pathology, until the final diagnosis and its treatment. **CASE REPORT:** Female patient, 24 years old, G2P2A0, last delivery on 05/08/2023, a normal home birth. Following delivery, she sought care at the Santa Casa de Misericórdia de Barbacena and was discharged on 06/08/2023. She returned to Santa Casa on 07/08/2023 due to symptoms including dyspnea, chest pain, hematemesis, and cough. Pneumonia and pulmonary embolism (PE) were considered, and she was hospitalized for 7 days for treatment. Four days after discharge, the patient was admitted to Hospital Ibiapaba in Barbacena, brought by SAMU, presenting with dyspnea, cough, bilateral crepitations, B3, jugular turgor, oxygen saturation of 91%, heart rate of 120 bpm. In the anamnesis, the patient reported paroxysmal nocturnal dyspnea and orthopnea. She was prescribed a diuretic/antihypertensive and a vasodilator. She underwent echocardiography with an ejection fraction of 29%, Chest X-ray detecting cardiomegaly, left atrial enlargement, and signs of bilateral congestion, without other alterations. Therefore, the diagnostic hypothesis was postpartum cardiomyopathy. Currently, she is undergoing treatment and is asymptomatic. **DISCUSSION:** Due to its rare epidemiological nature, with its etiology still not fully understood, postpartum cardiomyopathy (PPCM) is often diagnosed late due to its various clinical manifestations being attributed to the physiological changes of pregnancy and postpartum. It can be noted that the patient had only one risk factor for PPCM, making it essential to note the absence of cardiac history, to exclude other causes of heart failure (such as pre-eclampsia, acute myocardial infarction, and pulmonary embolism), and to confirm left ventricular dysfunction by echocardiography for the patient to be classified as a case of PPCM. In order to optimize the established prognosis, clinical management is essential, implementing therapeutic measures that are general principles of other forms of heart failure caused by systolic dysfunction.

Keywords: Cardiomyopathies. Cardiomyopathy, Dilated. Pregnancy. Heart Failure. Pregnancy Complications, Cardiovascular

Resumo

RELATO DE CASO: ESCLEROSE TUBEROSA - SÍNDROME DE BOURNEVILLE-PRINGLE. UM RELATO DE CASO SOBRE OS ACHADOS DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Isabela de Araújo Belo Passos[1] , Samara Oliveira de Menezes[1] , Rafael Brum Gusmão[1] .

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Isabela de Araújo Belo Passos - belapassos.med@gmail.com

INTRODUÇÃO: Esclerose Tuberosa, também chamada de Síndrome de Bourneville-Pringle é uma doença autossômica dominante, causada por mutações nos genes TSC1 ou TSC2, dos cromossomos 9 e 16, com incidência de 1:10000 na população geral. Essa doença incurável e degenerativa pode ser diagnosticada ainda na gestação, tendo como sintomas o atraso mental acompanhado de autismo, hiperatividade e depressão, bem como astrocitomas da retina e de células gigantes, fibromas subungueais, arritmias, rabdomioma, enfraquecimento ósseo, adenomas sebáceos, manchas hipocrômicas, nódulos subependimários, epilepsia, calcificações intracranianas, puberdade precoce, hipotireoidismo, neoplasias, angiomiolipomas renais e ependimoma, tendo nos tumores benignos a hidrocefalia como consequência secundária. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de Esclerose Tuberosa, a fim de tornar essa condição rara mais conhecida na área médica para instigar um diagnóstico precoce e tratamento adequado. **RELATO DE CASO**: Paciente, sexo masculino, 27 anos, diagnosticado com Esclerose tuberosa aos 20 anos, apresenta-se ao ambulatório de neurologia com reultado de Ressonância Nuclear Magnética revelando alterações de seguimento da doença de aspecto raro e pouco descrito na literatura, evidenciando áreas focais de hipersinal em T2/flair cortico-subcorticais, com maior conspicuidade no lobo paracenral e médio direito, na transição temporo occipital à esquerda e no giro do cíngulo deste lado, correspondendo a hamartomas corticais, bem como hipossinal nos ventrículos laterais, compatível com nódulos subependimários. Ademais, apresenta epilepsia do tipo focal disperceptiva com generalização secundária de início aos 20 anos, atualmente controlada com o uso de anticonvulsivantes e antiepilépticos. Ao exame físico apresenta angiofibroma crescente e adenoma sebáceo no nariz e na testa, nevo hipocrômico do tipo mácula hipocrômica em região abdominal, hipocromia em formato de folha e segue em investigação de hamartoma retiniano, angiomiolipoma, alterações cardíacas e gastrointestinais. Possui fração de ejeção de 66%, hipertrigliceridemia, esteatose hepática e neurofagomatose, com piora da qualidade de vida e necessidade de acompanhamento multiprofissional. **DISCUSSÃO**: A Esclerose Tuberosa é uma doença multissistêmica, tendo a tríade clássica composta por epilepsia, deficiência mental e adenoma sebáceo. A associação dessa doença com a neurofagomatose faz parte das doenças do grupo de neuromesoectodermoses, predispondo a formação de tumores benignos no cérebro, bem como maior acometimento cutâneo e piora do prognóstico. As manifestações da doença estão relacionadas com a presença de hamartomas, nódulos gliais subependimais e astrocitomas de células gigantes, bem como lesões neoplásicas benignas, principalmente no Sistema Nervoso Central, predispondo problemas cognitivos, respiratórios, pulmonares, cutâneos, cardíacos e renais. O diagnóstico é confirmado com a presença de pelo menos um critério primário, composto por angiofibromas faciais, fibromas subungueais, tubérculos corticais, astrocitoma de células gigante ou retinianos e nódulo subependimário calcificado. Trata-se de uma doença crônica e incurável que deve receber um tratamento sintomático minucioso, feito geralmente com anticonvulsivantes e terapia ocupacional. Ademais, necessita ter suas características clínicas mais difundidas na área médica e o conhecimento da sua associação com outros diagnósticos para que haja um tratamento precoce para aumentar a expectativa e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Esclerose Tuberosa. Diagnóstico por Imagem. Doença Crônica.



Figura 1: Nevo hipocrômico do tipo mácula hipocrômica em região abdominal e hipocromia em formato de folha.



Figura 2: Adenoma sebáceo.

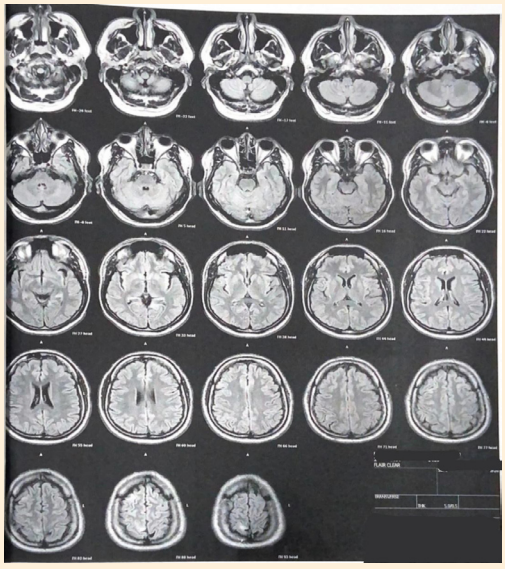


Figura 3: Hamartomas corticais

Abstract

CASE REPORT: TUBEROUS SCLEROSIS - BOURNEVILLE-PRINGLE SYNDROME. A CASE REPORT ON DISEASE FINDINGS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Isabela de Araújo Belo Passos[1] , Samara Oliveira de Menezes[1] , Rafael Brum Gusmão[1] .

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Isabela de Araújo Belo Passos - belapassos.med@gmail.com

INTRODUCTION: Tuberous sclerosis, also known as Bourneville-Pringle syndrome, is an autosomal dominant disease caused by mutations in the TSC1 or TSC2 genes of chromosomes 9 and 16, with an incidence of 1:10,000 in the general population. This incurable and degenerative disease can be diagnosed during pregnancy, with symptoms such as mental retardation accompanied by autism, hyperactivity and depression, as well as retinal and giant cell astrocytomas, subungual fibromas, arrhythmias, rhabdomyoma, bone weakening, sebaceous adenomas, hypochromic spots, subependymal nodules, epilepsy, intracranial calcifications, precocious puberty, hypothyroidism, neoplasms, renal angiomyolipomas and ependymoma, with hydrocephalus as a secondary consequence in benign tumors. The aim of this study is to report the case of a patient with Tuberous Sclerosis, in order to make this rare condition better known in the medical field to instigate early diagnosis and appropriate treatment. **CASE REPORT:** A 27-year-old male patient diagnosed with Tuberous Sclerosis at the age of 20 presented to the neurology clinic with a Nuclear Magnetic Resonance Imaging result revealing rare disease-related alterations that have been little described in the literature, showing focal areas of hyperintense signal on T2/cortico-subcortical flare, with greater conspicuity in the right paracentral and middle lobe, in the temporo-occipital transition on the left and in the cingulate gyrus on this side, corresponding to cortical hamartomas, as well as hypointense signal in the lateral ventricles, compatible with subependymal nodules. Furthermore, the patient has focal dysperceptive epilepsy with secondary generalization that began at age 20, and is currently controlled with anticonvulsants and antiepileptics. Physical examination reveals crescentic angiofibroma and sebaceous adenoma on the nose and forehead, hypochromic macular nevus in the abdominal region, leaf-shaped hypochromia, and is undergoing investigation for retinal hamartoma, angiomyolipoma, cardiac and gastrointestinal alterations. The patient has an ejection fraction of 66%, hypertriglyceridemia, hepatic steatosis, and neurophagomatosis, with worsening quality of life and the need for multidisciplinary monitoring. **DISCUSSION:** Tuberous sclerosis is a multisystemic disease, with the classic triad consisting of epilepsy, mental deficiency, and sebaceous adenoma. The association of this disease with neurophagomatosis is part of the neuromesoectodermosis group of diseases, predisposing to the formation of benign tumors in the brain, as well as greater skin involvement and worsening of the prognosis. The manifestations of the disease are related to the presence of hamartomas, subependymal glial nodules and giant cell astrocytomas, as well as benign neoplastic lesions, mainly in the Central Nervous System, predisposing to cognitive, respiratory, pulmonary, skin, cardiac and renal problems. The diagnosis is confirmed with the presence of at least one primary criterion, consisting of facial angiofibromas, subungual fibromas, cortical tubercles, giant cell or retinal astrocytoma and calcified subependymal nodule. This is a chronic and incurable disease that must receive meticulous symptomatic treatment, usually with anticonvulsants and occupational therapy. Furthermore, its clinical characteristics need to be more widespread in the medical field and knowledge of its association with other diagnoses is needed so that early treatment can be provided to increase the patient's life expectancy and improve their quality of life.

Keywords: Tuberous Sclerosis. Diagnostic Imaging. Chronic Disease.



Figure 1: Hypochromic nevus of the hypochromic macule type in the abdominal region and leaf-shaped hypochromia.



Figure 2: Adenoma sebaceum.

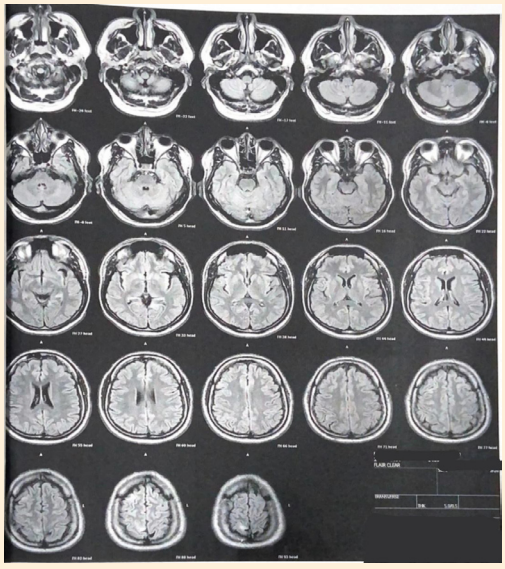


Figure 3: Cortical hamartomas

Resumo

SÍNDROME DE CAPGRAS NA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE – RELATO DE CASO

Isabela Cristine Cardoso[1], Ana Carolina Siervo de Morais[1], Maria Paula Damasceno Vieira[1], Giovanna Moraes Mendes[1], Tárik Jabour Venuto[2].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil

[2]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Isabela Cristine Cardoso – belacriscardoso@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Capgras é uma condição rara e intrigante que afeta pacientes psiquiátricos e neurológicos em diferentes faixas etárias e contextos culturais. É caracterizada pela presença de um delírio monotemático, no qual o indivíduo acredita que uma pessoa próxima, como um parente, cônjuge ou amigo, foi substituída por um impostor idêntico. Embora esse delírio geralmente envolva pessoas, há relatos de que o transtorno se estende a objetos, animais de estimação, lugares e eventos emocionalmente significativos. A Síndrome faz parte de um grupo maior de condições chamadas Síndromes de Falsa Identificação Delirante, cujas manifestações psicopatológicas, embora comumente associadas à esquizofrenia, podem ocorrer em outros distúrbios psiquiátricos e neurológicos. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino teve sua primeira admissão psiquiátrica devido a quadro de mutismo, alucinações auditivas de comando ("enfiar a faca na própria barriga"), delírios persecutórios em relação aos vizinhos, hipobulia/apragmatismo e isolamento social. Ao exame do estado mental, apresentava aparência descuidada, atitude indiferente, afeto embotado; curso, forma e conteúdo do pensamento não foram avaliados devido ao mutismo e postura catatoniforme. Iniciou com "cismas" e percepção de que: "os nervos se encontravam endurecidos". Após quatro anos, apresentou crenças delirantes de cunho paranoide e alucinações auditivas e cenestésicas ("passou uma faca em sua barriga, pois havia uma cobra dentro dela"). Refere consumo de maconha e álcool ao longo da vida, porém com intensidade e frequência não especificadas. Durante a internação, apresentou diversos episódios de heteroagressividade motivados por alucinações auditivas de comando, não acompanhados de agitação psicomotora. Também apresentou significativos sinais de sintomas extrapiramidais, além de persecutoriedade, com atitude desconfiada em relação à esposa, questionando sua identidade e considerando-a uma sósia, afirmando que a verdadeira havia morrido. Tal postura se estendeu à funcionária do hospital: "se parece com uma juíza, me dá medo". Foi realizada extensa propedêutica laboratorial e exame de neuroimagem, ambos sem alterações. A hipótese diagnóstica foi de Esquizofrenia Paranoide, quadro refratário ao uso de medicamentos. **DISCUSSÃO:** Na Síndrome de Capgras, o paciente reconhece a pessoa, mas mantém a certeza de que ela foi substituída por um impostor idêntico, mesmo reconhecendo a semelhança física. No entanto, o duplo não recebe qualquer identidade própria, sendo visto como uma falsificação. É importante destacar que essa condição não envolve alucinações, ilusões ou distúrbios de memória. A descrição de síndromes psicopatológicas como a de Capgras é de extrema relevância, especialmente porque manuais como o DSM-5 não a abordam de forma específica. Para o diagnóstico adequado dessa síndrome, é necessário um exame psíquico detalhado, complementado por uma propedêutica laboratorial e de neuroimagem, já que grande parte das causas está relacionada a condições orgânicas. No caso relatado, o paciente apresentou uma resposta parcial aos medicamentos, o que está em conformidade com a literatura. Pacientes com esquizofrenia associada à Síndrome de Capgras tendem a apresentar maior resistência ao tratamento antipsicótico, o que reforça a necessidade de intervenções terapêuticas individualizadas e cuidadosas.

Palavras-chave: Síndrome de Capgras. Esquizofrenia Paranoide

Abstract

CAPGRAS SYNDROME IN PARANOID SCHIZOPHRENIA – A CASE REPORT

Isabela Cristine Cardoso[1], Ana Carolina Siervo de Morais[1], Maria Paula Damasceno Vieira[1], Giovanna Moraes Mendes[1], Tárik Jabour Venuto[2].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil

[2]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Isabela Cristine Cardoso – belacriscardoso@gmail.com

INTRODUCTION: Capgras Syndrome is a rare and intriguing condition that affects psychiatric and neurological patients in different age groups and cultural contexts. It is characterized by the presence of a monothematic delusion, in which the individual believes that a close person, such as a relative, spouse or friend, has been replaced by an identical imposter. Although this delusion usually involves people, there are reports that the disorder extends to objects, pets, places and emotionally significant events. The Syndrome is part of a larger group of conditions called Delusional Misidentification Syndromes, whose psychopathological manifestations, although commonly associated with Schizophrenia, can occur in other psychiatric and neurological disorders. **CASE REPORT:** The male patient's first psychiatric admission was due to mutism, auditory command hallucinations ("sticking a knife in his belly"), persecutory delusions about neighbors, hypobulia/apragmatism and social isolation. On examination of his mental state, he had a sloppy appearance, an indifferent attitude, dulled affect; the course, form and content of his thoughts were not assessed due to his mutism and catatonic posture. He began with "schisms" and the perception that: "his nerves were hardened". After four years, he presented delusional beliefs of a paranoid nature and auditory and coenesthetic hallucinations ("he put a knife through his stomach because there was a snake inside it"). He reported using marijuana and alcohol throughout his life, but with unspecified intensity and frequency. During hospitalization, he had several episodes of heteroaggression motivated by auditory command hallucinations, not accompanied by psychomotor agitation. He also showed significant signs of extrapyramidal symptoms, as well as persecutoriness, with a suspicious attitude towards his wife, questioning her identity and considering her a double, claiming that the real one had died. This posture extended to the hospital employee: "she looks like a judge, she scares me". Extensive laboratory tests and neuroimaging exams were carried out, both without alterations. The diagnostic hypothesis was Paranoid Schizophrenia, a condition refractory to the use of medication. **DISCUSSION:** In Capgras Syndrome, the patient recognizes the person but remains certain that they have been replaced by an identical imposter, even though they recognize the physical resemblance. However, the double is not given any identity of its own and is seen as a fake. It is important to note that this condition does not involve hallucinations, illusions or memory disorders. The description of psychopathological syndromes such as Capgras' is extremely important, especially since manuals such as the DSM-5 do not address it specifically. To properly diagnose this syndrome, a detailed psychological examination is required, complemented by laboratory and neuroimaging propaedeutics, since most of the causes are related to organic conditions. In the case reported, the patient showed a partial response to medication, which is in line with the literature. Patients with schizophrenia associated with Capgras Syndrome tend to be more resistant to antipsychotic treatment, which reinforces the need for individualized and careful therapeutic interventions.

Keywords: Capgras Syndrome. Schizophrenia, Paranoid

Resumo

ATROFIA DE MÚLTIPLOS SISTEMAS: UM RELATO DE CASO EM GERIATRIA

Isabela de Araújo Belo Passos[1], Juliana Gorgulho Campos Gontijo[1], Letícia Silva Gomes de Carvalho[1], Maria Luiza Silva Reis[1], Helena Ribeiro Sosa[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Maria Luiza Silva Reis - lule_reis@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: A atrofia de múltiplos sistemas (AMS), é uma doença neurodegenerativa esporádica e progressiva no adulto, caracterizada por gravidade variável e de características parkinsonianas, ataxia cerebelar, falência autonômica disfunção urogenital e distúrbio corticoespinhal. A etiologia é incerta, pode ter relação com fatores ambientais, como exposição a solventes orgânicos, aditivos plásticos, pesticidas e metais. A AMS é estimada para a taxa de incidência em 0,6 casos por 100.000 pessoas-ano, enquanto a taxa de prevalência é incluída entre 1,86 e 4,9 casos por 100.000. O diagnóstico é baseado em informações clínicas, exames de imagem e achados patológicos, podendo ser classificado como definitivo quando há comprovação neuropatológica. RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 78 anos, com perda de força muscular há 7 anos. Atualmente, semidependente para as atividades básicas de vida diária (AVDB) e dependente parcial para atividades instrumentais (AVDI). Durante a avaliação apresentava sinais e sintomas que corroboram com a suspeita diagnóstica de AMS, como: incontinência urinária, bradicinesia, tremor e instabilidades postural, ataxia de marcha, disartria atáxica e ataxia de membros e respostas plantar extensora com hiperreflexia. Para o Parkinsonismo foi iniciado a terapia com Prolopa, mas sem sucesso terapêutico. DISCUSSÃO: Na apresentação clínica, a paciente apresenta todos os sinais que corroboram com o diagnóstico de AMS, como Parkinsonismo, disfunção cerebelar, e disfunção corticoespinhal, sendo que os sinais de disautonomia surgem com intervalo inferior a 2 anos em relação aos sinais motores. O diagnóstico diferencial com doença de parkinson é descartado já que, na AMS há predomínio da bradicinesia e rigidez, com tremor pouco exuberante, além do tratamento realizado na paciente com Prolopa ter sido ineficaz. Para diagnóstico definitivo, deve-se realizar o estudo patológico. No entanto, o uso de critérios clínicos são suficientes para o diagnóstico de AMS e condução do caso. CONCLUSÃO: Conclui-se que, a AMS é uma doença progressiva neurodegenerativa, e sem tratamento efetivo. Não existe nenhuma intervenção terapêutica com capacidade de modificar a história natural da doença, mas os sinais clínicos podem ser amenizados com terapias coadjuvantes, que foque na melhora da funcionalidade e qualidade de vida. É de suma importância observar a progressão natural da doença, que inevitavelmente incluirá sintomas relacionados à disautonomia e apresentará uma evolução no aspecto motor.

Palavras-chave: Atrofia de Múltiplos Sistemas. Geriatria.

Abstract

MULTIPLE SYSTEM ATROPHY: A CASE REPORT IN GERIATRICS

Isabela de Araújo Belo Passos[1], Juliana Gorgulho Campos Gontijo[1], Letícia Silva Gomes de Carvalho[1], Maria Luiza Silva Reis[1], Helena Ribeiro Sosa[1].

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Maria Luiza Silva Reis - lule_reis@yahoo.com.br

INTRODUCTION: Multiple System Atrophy (MSA) is a sporadic and progressive neurodegenerative disease in adults, characterized by variable severity and parkinsonian features, cerebellar ataxia, autonomic failure, urogenital dysfunction, and corticospinal tract disorder. The etiology is uncertain and may be related to environmental factors such as exposure to organic solvents, plastic additives, pesticides, and metals. MSA is estimated to have an incidence rate of 0.6 cases per 100,000 person-years, while the prevalence rate is between 1.86 and 4.9 cases per 100,000. Diagnosis is based on clinical information, imaging tests, and pathological findings, and can be classified as definitive when there is neuropathological confirmation. **CASE REPORT**: Female patient, 78 years old, with muscle weakness for 7 years. Currently, she is semi-dependent for basic activities of daily living (BADL) and partially dependent for instrumental activities of daily living (IADL). During the evaluation, she presented signs and symptoms consistent with the suspected diagnosis of MSA, such as urinary incontinence, bradykinesia, tremor, postural instability, gait ataxia, ataxic dysarthria, limb ataxia, and extensor plantar responses with hyperreflexia. Parkinsonism treatment was initiated with Prolopa, but there was no therapeutic success. **DISCUSSION**: Clinically, the patient presents all the signs supporting the diagnosis of MSA, such as parkinsonism, cerebellar dysfunction, and corticospinal tract dysfunction, with signs of dysautonomia appearing less than 2 years after motor symptoms. The differential diagnosis with Parkinson's disease is excluded since, in MSA, bradykinesia and rigidity predominate, with less prominent tremors, in addition to the patient's Prolopa treatment being ineffective. For a definitive diagnosis, a pathological study must be conducted. However, clinical criteria are sufficient for the diagnosis of MSA and the management of the case. **CONCLUSION**: It is concluded that MSA is a progressive neurodegenerative disease with no effective treatment. There is no therapeutic intervention capable of altering the natural course of the disease, but clinical signs can be alleviated with adjuvant therapies that focus on improving functionality and quality of life. It is extremely important to observe the natural progression of the disease, which will inevitably include symptoms related to dysautonomia and will present an evolution in the motor aspect.

Keywords: Multiple System Atrophy. Geriatrics.