

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Hospital Geral de Bonsucesso

III SEMANA CIENTÍFICA MULTIPROFISSIONAL DO HGB

Rio de Janeiro, 21 a 25 de novembro de 2005

ANAIS

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2006

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Hospital Geral de Bonsucesso

Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa

Av. Londres, 616, Prédio 5, 5.º andar

21041-030 Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3977-9831

Fax: (21) 2561-2852

E-mail: gestaoacademica@hgb.rj.saude.gov.br

Home page: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br>

Organização:

Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa – Ceap

Revisão técnica:

Cristina Ortiz Sobrinho Valette

Luciana Rodrigues de Oliveira

Vanessa Correa Dadrino Siqueira

Apoio financeiro:

Associação de Amigos do Hospital Geral de Bonsucesso – AAcea

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Semana Científica Multiprofissional do HGB (3. : 2005 : Rio de Janeiro, RJ).

III Semana Científica Multiprofissional do HGB : Rio de Janeiro, 21 a 25 de novembro de 2005 : anais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Hospital Geral de Bonsucesso. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

132 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-1029-8

1. Pesquisa. 2. Difusão de inovações. 3. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hospital Geral de Bonsucesso. II. Título. III. Série.

NLM W 84.3

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2006/0146

Títulos para indexação:

Em inglês: III Multiprofessional Scientific Week of Bonsucesso General Hospital (HGB): Rio de Janeiro, November 21-25, 2005: annals

Em espanhol: III Semana Científica Multiprofesional del Hospital General de Bonsucesso (HGB): Río de Janeiro, 21 a 25 de noviembre de 2005: anales

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

71200-040 Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Kelly

Revisão: Mara Pamplona e Lilian Assunção

III SEMANA CIENTÍFICA MULTIPROFISSIONAL DO HGB

Rio de Janeiro, 21 a 25 de novembro de 2005

COMISSÃO ORGANIZADORA

Andréa Rocha de Lourenzo

Antônio Abílio Pereira de Santa Rosa

Cristina Ortiz Sobrinho Valete

Flávio Antônio de Sá Ribeiro

Lívia Frankenfeld de Mendonça

Luciana Rodrigues de Oliveira

Patrícia Santana Correia

Patrícia Viana Guimarães

Paulo Cesar Fernandes

Vanessa Correa Datrino Siqueira

Virgínia Ribeiro Lima e Andrade

III SEMANA CIENTÍFICA MULTIPROFISSIONAL DO HGB

CONVIDADOS

PALESTRANTES E MODERADOS

Dr. José Carvalho de Noronha
SAS/NERJ/MS

Dr. Romero Martins
HGB/Faseb

Dr. Ruben Araújo de Mattos
IMS/UERJ

Dra. Elaine Machado López
DAS/SAS/MS

Dra. Mariza Zenaide Gomes
CCIH/HGB

Dra. Rosângela Facadio
Gerência de Risco/HGB

Eliane Pereira dos Santos
MS/Brasília

Prof. José Augusto Pina
ENSP/Fiocruz/Cesteh

Prof. Pedro Ribeiro Barbosa
ENSP/Fiocruz

Dr. Juiz Durval Hale
Direito Constitucional

III SEMANA CIENTÍFICA MULTIPROFISSIONAL DO HGB

MEMBROS DO CEAP

DIREÇÃO GERAL

Dra. Livia Frankenfeld de Mendonça

Dr. Paulo Cesar Fernandes

DEPARTAMENTO DE ENSINO

Virgínia Ribeiro Lima e Andrade

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Cristina Albuquerque de Campos Sousa

DEPARTAMENTO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO

Flávio Antônio de Sá Ribeiro

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA

Eliana Rosa da Fonseca

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Vanessa Correa Datrino Siqueira

SECRETARIA DE GESTÃO ACADÊMICA

Ana Lúcia de Almeida Cabeleiro

Flávia Coutinho Nardacci

Sumário

Apresentação.....	9
Programação geral do evento	11
Resumo dos trabalhos científicos selecionados 2004/2005	13
Referências bibliográficas	131

Apresentação

É com satisfação que a Direção do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) e o Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (Ceap) apresentam a III Semana Científica Multiprofissional, dando continuidade às duas Semanas Científicas ocorridas nos anos de 1992 e 1998.

O HGB, foco das discussões, há 57 anos vem cumprindo um papel assistencial ímpar no Sistema Único de Saúde. Hoje, esse talento assistencial está aliado a diversas atividades nas áreas do ensino e pesquisa. Assim, a realização da III Semana Científica Multiprofissional do HGB tem por finalidade:

- realçar a importância do trabalho multiprofissional na Atenção Integral à Saúde, com a discussão de novos paradigmas na reflexão dos processos de trabalho do HGB;
- buscar o desenvolvimento mais ostensivo nas diversas áreas do ensino e do saber, por meio de estímulos à qualificação de seus profissionais e de desenvolvimento da pesquisa institucional, levando o HGB a ser reconhecido, também, como Centro de Ensino e Pesquisa.

Que possamos, a partir da realização deste evento, criar uma agenda de compromissos para novos encontros, à semelhança deste, a fim de darmos maior visibilidade aos esforços conjuntos em prol do desenvolvimento científico de nosso HGB, em sua incansável busca da qualidade e excelência assistencial.

Programação Geral do Evento

III SEMANA CIENTÍFICA MULTIPROFISSIONAL DO HGB

Data: 21 a 25/11/2005 – Horário: 8h às 12h30

2.^a FEIRA – 21/11/2005

8h às 9h	Credenciamento
9h às 9h45	Cerimônia de abertura (Direção HGB)
Palestras – 9h45 às 12h30	
Tema central: O HGB – Importância Estratégica e sua inserção no SUS	
9h45 às 10h30	Palestra: “Desafios e avanços na implementação das políticas de saúde” Palestrante: Dr. José Carvalho de Noronha (Assessor da Secretaria de Atenção à Saúde/NERJ/MS)
10h30 às 11h	Discussão do tema
11h às 11h15	Intervalo
11h15 às 12h	Palestra: “Integralidade da assistência à saúde na alta complexidade: uma construção coletiva” Palestrante: Dr. Ruben Araújo de Mattos (Professor do Instituto de Medicina Social/UERJ)
12h às 12h30	Discussão do tema
13h30 às 16h30	Curso 1: Metodologia Científica Curso 2: Pesquisa Bibliográfica Curso 3: Antibioticoterapia

3.^a FEIRA – 22/11/2005

8h às 9h45	Apresentação dos trabalhos científicos (dez trabalhos)
9h45 às 10h	Intervalo
Palestras – 10h às 12h30	
Tema central: O HGB como Instituição de Ensino e Pesquisa	
10h às 10h45	Palestra: “Caminhos para a certificação como hospital de ensino” Palestrante: Dra. Elaine Machado López (Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS)
10h45 às 11h15	Discussão do tema
11h15 às 12h	Palestra: “Criando a biblioteca virtual em saúde – inserção na Bibliosus” Palestrante: Eliane Pereira dos Santos (Gerente do Projeto Biblioteca Virtual MS/Brasília)
12h às 12h30	Discussão do tema
13h30 às 16h30	Curso 1: Metodologia Científica Curso 2: Pesquisa Bibliográfica Curso 3: Antibioticoterapia

4.ª FEIRA – 23/11/2005

8h às 9h45	Apresentação dos trabalhos científicos (dez trabalhos)
9h45 às 10h	Intervalo
Palestra/Mesas de debate – 10h às 12h30	
Tema central: O HGB e o trabalho multiprofissional na área de Saúde	
10h às 10h45	Palestra: “Desafios e avanços na implementação da política de saúde do trabalhador” Palestrante: Dr. José Augusto Pina (Professor da ENSP/Fiocruz)
10h45 às 11h15	Discussão do tema
11h15 às 12h	Mesa: “Aspectos legais e éticos do exercício profissional” Palestrante: Dr. Juiz Durval Hale (Professor de Direito Constitucional)
12h às 12h30	Discussão do tema
13h30 às 16h30	Curso 1: Metodologia Científica Curso 2: Pesquisa Bibliográfica Curso 3: Antibioticoterapia

5.ª FEIRA – 24/11/2005

8h às 9h45	Apresentação dos trabalhos científicos (dez trabalhos)
9h45 às 10h	Intervalo
Palestras – 10h às 12h30	
Tema central: O HGB e a Busca da Qualidade na Atenção à Saúde	
10h às 10h45	Palestra: Como trabalhar e construir indicadores de qualidade institucional” Palestrante: Dr. Pedro Ribeiro Barbosa (Coordenador de Desenvolvimento Institucional e Gestão – ENSP/Fiocruz)
10h45 às 11h15	Discussão do tema
11h15 às 12h	Palestra: “Desafios no controle da infecção hospitalar” Palestrante: Dra. Marisa Zenaide Gomes (Chefe da CCIH/HGB) Palestra: “Gerência de risco (Hospital Sentinela)” Palestrante: Dra. Rosângela Facadio (Chefe da Gerência de Risco – HGB)
12h às 12h30	Discussão do tema
13h30 às 16h30	Curso 1: Metodologia Científica Curso 2: Pesquisa Bibliográfica Curso 3: Antibioticoterapia

6.ª FEIRA – 25/11/2005

8h às 9h45	Apresentação dos trabalhos científicos (dez trabalhos)
9h45 às 10h	Intervalo do café
10h às 11h	Conferência “O HGB e sua história – 57 anos de dedicação à saúde pública” Palestrante: Dr. Romero Martins (Médico – HGB/ Diretor da Faseb)
11h às 11h30	Apresentação de <i>slides</i> (Equipe da Comunicação Social do HGB)
11h30	Encerramento

Resumo dos trabalhos científicos selecionados 2004/2005

TL 1

Título: Raquianestesia Isobárica para cesariana – Levobupivacaína x Bupivacaína

Autores: Moll JR; Guttman A; Mendes DF; Guedes N

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Anestesiologia – 2004

Justificativa e Objetivos: levobupivacaína, enantiomero S(-) da bupivacaína é um anestésico local tipo amida, de longa duração. A potência *in vitro*, a latência, a duração do bloqueio sensitivo e motor, assim como as propriedades farmacocinéticas da levobupivacaína são muito semelhantes as da bupivacaína. Contradições na literatura sobre sua utilização para cesarianas nos levaram a realizar o presente estudo que tem por objetivo avaliar a efetividade da raquianestesia com levobupivacaína isobárica comparada com a bupivacaína isobárica para cesariana. Método: após aprovação pela Comissão de Ética do hospital, foram selecionadas 60 pacientes com classificação do estado físico da ASA I ou II, submetidas à cesariana, que foram alocadas de forma aleatória em dois grupos e que após punção venosa, hidratação e monitorização dos parâmetros hemodinâmicos, foram submetidos ao bloqueio subaracnóideo para cesariana: Grupo L (n=30) recebeu 12,5mg de levobupivacaína isobárica a 0,5% e o Grupo B (n=30) que recebeu 12,5mg de bupivacaína isobárica a 0,5%. Foram analisados, 5, 10, 15, 30, 45, 60 e 120 minutos após o bloqueio: 1) Tempo de latência 2) Nível do bloqueio sensitivo 3) Intensidade do bloqueio motor: Escala de Bromage. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística, sendo considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$. Resultados: os grupos apresentaram semelhança em relação a peso, à altura, à idade e à classificação do estado físico. Foram excluídos quatro casos do Grupo B e um do L devido à falha de bloqueio e uma do B, por bloqueio insuficiente. O Grupo L mostrou tempo de latência de $9,17 \pm 3,18$ minutos e o Grupo B $15,63 \pm 6,40$ minutos, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Em relação ao bloqueio sensitivo não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. O bloqueio motor completo (Bromage I) foi obtido mais rapidamente no Grupo L ($25,17 + 9,30$) do que no Grupo B ($40,20 + 9,41$), sendo essa diferença estatisticamente significativa. Conclusão: a levobupivacaína apresentou efetividade no estabelecimento de um bloqueio subaracnóideo adequado para a realização de cesariana.



A 1

Título: Dor Torácica – Angina pós-infarto x Colecistite litíásica

Autores: Moll AVS; Moll JR; Guttman A; Germano PAF

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Anestesiologia – 2004

Introdução: o diagnóstico diferencial entre a dor torácica provocada pela isquemia miocárdica e a de causa não cardíaca é um grande desafio para a medicina. O erro diagnóstico com a instituição de tratamento inapropriado pode causar sérios danos ao paciente. Relato do caso: paciente de 75 anos, admitido na UTI com IAM de parede inferior, cujo estudo hemodinâmico evidenciou 50% de lesão distal da coronária esquerda e 100% de oclusão proximal coronária direita. Foi realizada angioplastia na lesão da coronária direita e indicado revascularização para correção da lesão de tronco. Após o procedimento, o paciente manteve dor que cedia com o uso de nitroglicerina venosa. No pré-operatório apresentou febre, leucocitose e condensação em base do hemitórax direito. A cirurgia foi adiada e iniciada ciprofloxacina, melhorando o quadro clínico e a imagem radiológica. Foi tentada a substituição da nitroglicerina venosa pelo dinitrato de isossorbida oral, mas a dor era acentuada. Dez dias após o início do antibiótico, a queixa álgica se agravou, dificultando a sua localização e

caracterização. Houve importante queda do estado geral e o exame físico revelava defesa à palpação do andar superior do abdômen. A ultra-sonografia abdominal mostrou distensão e espessamento de parede da vesícula biliar, bile espessa e imagens compatíveis com micro cálculos. Indicada a laparotomia exploradora o paciente foi monitorizando com cateter de Swanz-Ganz e teve mantida a nitroglicerina venosa na dose de 15mg/min-1. Durante o ato anestésico cirúrgico apresentou vários episódios de bloqueio de ramo esquerdo que melhoravam com a titulação da nitroglicerina venosa. Foi diagnosticada colecistite aguda com necrose de parede e fístula colecistocolônica. A evolução do paciente foi satisfatória tendo tido alta da UTI com dez dias de pós-operatório e foi submetido à cirurgia cardíaca 35 dias após a laparotomia exploradora, com alta hospitalar uma semana após. Discussão: as doenças gastrintestinais, como a colecistite, podem apresentar como sinal, dor torácica. A trinitroglicerina alivia a dor pelo relaxamento da musculatura lisa do esfíncter de Oddi. A validação das premissas diagnósticas, a anamnese continuada e o exame clínico são ferramentas importantes na confirmação do diagnóstico diferencial das dores torácicas.



A 2

Título: Edema Pulmonar por pressão negativa – relato de caso

Autores: Guttman A; Moll JR; Magalhães LAS; Nagatsuka MM

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Anestesiologia – 2004

Introdução: a fisiopatologia do edema pulmonar por pressão negativa (EPPN) inicia-se pelo fechamento da glote, gerando pressão subatmosférica que leva a transudação de líquido para o alvéolo. Relato do caso: Paciente masculino, 36 anos, 85kg, ASA I, submetido à correção cirúrgica de hérnia de hiato esofágico via laparoscópica. Após venoclise e monitorização, procedeu-se ao início da anestesia geral com injeção seqüencial de fentanil (450mg), propofol (150mg), rocurônio (50mg) e a IOT foi realizada com extrema dificuldade após várias tentativas. A anestesia foi mantida com isoflurano e N2O (1:1). Após 60 minutos do início do procedimento, houve conversão para laparotomia. Não houve nenhuma intercorrência no peroperatório, sendo suplementado o relaxante muscular. A reposição volêmica foi feita com 3.500ml de solução cristalóide e a diurese foi maior do que 2ml/kg-1.h-1. A duração do procedimento foi de 5 horas, ao término do qual foram injetados 0,2mg de morfina no espaço subaracnóideo. Após descurarização com prostigmine (1,5mg) e atropina (0,75mg), o paciente respondia às solicitações verbais e apresentava atividade ventilatória satisfatória, sendo extubado e mantido com máscara facial com O2 100%. Dois minutos após a extubação apresentou queda de língua, laringoespasmos, agitação e hipoxemia (SaPo2 <80 mmHg), mostrava forte dificuldade ventilatória e a ausculta pulmonar revelava estertorações difusas bilaterais. Feito diagnóstico de EPPN, foi feita a colocação de cânula nasofaríngea, ventilação com pressão positiva com O2 100% e uso de furosemida (60mg). Houve lenta e progressiva melhora do quadro com diminuição da estertorações e aumento da saturação arterial. O paciente foi encaminhado a RPA, a radiografia do tórax mostrou infiltrados e consolidações esparsas. As gasometrias arteriais seriadas revelaram discreta acidose metabólica sem evidência de hipoxemia. Após 5 horas, apresentava saturação de 94% em ar ambiente, tendo alta para a enfermaria com boa evolução clínica. Discussão: o tratamento do EPPN é de apoio com manutenção da via aérea e oxigenação. Não está indicada a ventilação destes pacientes com obstrução durante tempo prolongado, sendo melhor reintubá-los. Ao contrário da conduta adotada está contra-indicado o uso de diuréticos, pois estes pacientes tendem à hipovolêmia com a transudação de líquido para os pulmões.



A 3

Título: Hipoxemia arterial persistente em pós-operatório imediato de apendicectomia

Autores: Moll JR; Guttman A; Moll AVS; Martins AS

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Anestesiologia – 2004

Introdução: entre as causas que podem levar à insuficiência respiratória aguda, a Síndrome de Anústia Respiratória do Adulto (SARA) se destaca pela sua alta prevalência e potencial de mortalidade, acometendo, em geral, indivíduos previamente saudáveis. Relato do caso: paciente masculino, 70kg, ASA IE, submetido à laparotomia para apendicectomia aguda com evolução clínica de 48 horas. Após punção venosa, foi realizada monitorização com oximetria de pulso, ECG, PANI e capnógrafo. Os sinais vitais estavam dentro da normalidade, com exceção de taquicardia sinusal (FC 128bat/min). A indução da anestesia foi realizada com injeção seqüencial de propofol (200mg), fentanil (250µg) e atracúrio (30mg). A manutenção foi feita com isoflurano O₂ e N₂O (1:1). O procedimento transcorreu sem intercorrências, tendo duração de 3 horas e ao final foram realizadas descurarização e extubação traqueal. Como o paciente mantinha saturação de hemoglobina em 88% com 4ml.min⁻¹ de O₂ em máscara de Hudson, mostrando-se pouco responsivo às solicitações verbais, optou-se pelo uso de naloxane (0,4mg) em bolus EV e seguiu-se resposta hipertensiva (190x110mmHg) e quadro de edema agudo pulmonar, tratado com furosemida (80mg). Os níveis tensionais voltaram aos valores normais, mas a saturação arterial manteve-se nos níveis anteriores e o paciente foi encaminhado ao CTI com O₂ 100% sob máscara. Os exames da admissão mostravam radiologia do tórax normal, taquipnéia (FR >24) e progressiva dificuldade ventilatória acompanhada de hipoxemia e acidose metabólica. Aproximadamente 12 horas após a admissão, realizou-se outro RX de tórax que evidenciou infiltrado pulmonar difuso e bilateral, sendo diagnosticada SARA tendo como fator predisponente ou desencadeante a Sepsis abdominal. Discussão: a presença de sepsis é uma das causas que mais se relacionam à SARA. A lesão primária ocorre na membrana alvéolo capilar, cursando com desequilíbrio da homeostase do pulmão e pode estar associada a uma gama de distúrbios V/Q. O caso chama a atenção para o fato de que pacientes com processos infecciosos podem desenvolver este quadro, pois os fatores desencadeantes podem ocorrer horas ou dias antes do estabelecimento da insuficiência respiratória aguda.



A 4

Título: Insuficiência respiratória aguda após dilatação de lesão estenótica traqueal

Autores: Moll JR; Guttman A; Saboya HM; Indelli C

Local e ano de publicação: Congresso Nacional de Anestesiologia – 2004

Introdução: a laceração da traquéia após sondagem traqueal é considerada uma complicação rara, no entanto, suas complicações são extremantes graves. O objetivo deste relato é apresentar um caso de lesão traqueal seguida de extenso enfisema subcutâneo, pneumomediastino e progressiva insuficiência respiratória. Relato do caso: paciente masculino, negro, 53 anos, ASA II, hipertenso em uso de atenolol (50mg) e nifedipina (20mg), foi submetido à dilatação traqueal para tratamento de estenose causada por blastomicose localizada 1,7cm abaixo das cordas vocais que o tornava afônico. Após punção venosa e monitorização com oximetria de pulso, capnógrafo, ECG e PANI, foi realizada pré-oxigenação por meio da traqueotomia e anestesia geral com injeção seqüencial de alfentanil (1,5mg), propofol (200mg) e succinilcolina (100mg), sendo então iniciadas as manobras de dilatação pelo cirurgião. A anestesia foi

mantida com sevorane e injeções seqüenciais de atracúrio, com dose total de 40mg. O procedimento teve duração de 90 minutos. Não houve outras intercorrências e ao término do procedimento, o paciente foi descurarizado e encaminhado a RPA. Após 60 minutos estava para ser retornado para a enfermaria quando foi observado enfisema subcutâneo de rápida progressão, seguido de intensa dificuldade respiratória e cianose. Após colocação de máscara de O₂ a 100%, o paciente foi imediatamente encaminhado ao CTI onde foi realizada drenagem torácica bilateral com rápida melhora do quadro clínico. Durante a internação no CTI, foi realizada esofagoscopia que se mostrou normal e traqueoscopia que não mostrou qualquer lesão abaixo da traqueotomia. Após três dias, a radiografia torácica mostrava-se dentro da normalidade e o enfisema subcutâneo havia regredido, foram retirados os drenos torácicos e o paciente foi encaminhado para a enfermaria de onde teve alta hospitalar. Discussão: apesar da traqueoscopia pós-operatória não demonstrar lesão que justificasse o quadro, acreditamos na possibilidade de dano traqueal. Estão descritos como fatores de risco para a lesão traqueal: uso de corticosteróides, cânulas de calibre inapropriado, movimentos abruptos, tosse excessiva e doença traqueal prévia. O paciente é portador de blastomicose crônica de via aérea e de tuberculose pulmonar, com relato de uso de esteróides.



A 5

Título: Nefrectomia para doação de rim – insuficiência coronariana aguda peroperatória

Autores: Guttman A; Ferro MA; Moll JR; Cruz ROG

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Anestesiologia – 2004

Introdução: a isquemia miocárdica peroperatória está associada à alta morbidade e mortalidade. Seu diagnóstico precoce e a pronta abordagem terapêutica são de fundamental importância. Relato do caso: paciente masculino, 44 anos, 85kg, ASA II, hipertenso leve, sem tratamento, tabagista (30 cigarros/dia), submetido à nefrectomia para doação de rim. Após punção venosa e monitorização com oximetria de pulso, ECG, capnografia e PANI, foi feita sedação com midazolam (3mg) e realizado bloqueio peridural com passagem de cateter e injeção fracionada de 20ml de ropivacaína (0,33%). Após pré-oxigenação, foi realizada indução da anestesia com injeção seqüencial de propofol (150mg), atracúrio (40mg), alfentanil (2,5mg) e manutenção com isoflurano. Aproximadamente 50 minutos após o início do procedimento cirúrgico observamos no ECG supradesnivelamento amplo e progressivo do segmento ST acompanhado de instabilidade hemodinâmica (PA = 90x70mmHg) e taquicardia sinusal (FC >130bat/min). O isoflurano foi desligado e iniciou-se infusão de nitroglicerina (0,7 µg.kg-1. min-1). Houve melhora do padrão hemodinâmico, mas sem alterações na morfologia do segmento ST. Optamos pelo uso de 5mg de metropolol EV injetados por um período de 5 minutos, sendo esta dose repetida 10 minutos após. Na metade da segunda dose observamos retorno do ST ao padrão normal e estabilidade hemodinâmica plena. Os eletrocardiogramas seriados realizados no pós-operatório não mostraram qualquer anormalidade. A dosagem de troponina e da CPKMB não pôde ser realizada por falta de reagentes no hospital. O paciente teve boa evolução clínica e alta hospitalar sem outras intercorrências. Discussão: o presente relato nos alerta para a possibilidade de isquemia miocárdica em pacientes com fatores de risco, como hipertensão e tabagismo. No período per e pós-operatório os pacientes estão especialmente susceptíveis devido ao estresse da resposta neuro-humoral gerada pela cirurgia. Apesar de a nitroglicerina ser fundamental no tratamento da isquemia ela não é recomendada na vigência de estados hipovolêmicos ou hipotensivos. O uso do beta bloqueador se mostrou efetivo na mudança da relação suprimento-demanda de oxigênio para o miocárdio.



A 6

Título: Embolia cerebral peroperatória em paciente com neoplasia gástrica*Autores: Guttman A; Moll AVS; Moll JR; Marques AMC**Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Anestesiologia – 2004*

Introdução: a ocorrência de embolia arterial é uma das complicações da síndrome paraneoplásica (SPN). O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de despertar prolongado em paciente submetido a gastrectomia para tratamento de adenocarcinoma gástrico. Relato do caso: paciente feminina, 67 anos, 50kg, ASA III, diabética, coronariopata, desidratada, lúcida, apresentava massa em região epigástrica que limitava sua ingestão. Após punção de jugular interna e monitorização com oxímetro de pulso, capnógrafo, ECG e PANI, realizou-se punção peridural e injeção de 1 mg de morfina. A indução da anestesia foi realizada com injeção seqüencial de etomidato (15mg), alfentanil (2,5mg), atracúrio (25mg) e manutenção com sevoflurano O₂: N₂O (1:1). Trinta minutos após o início do ato cirúrgico, houve o desaparecimento da onda plestimográfica, com palidez e ausência do pulso radial, ulnar e axilar esquerdo, a paciente não apresentava qualquer alteração hemodinâmica ou eletrocardiográfica. Transcorridos 15 minutos, houve restabelecimento do pulso arterial. O procedimento cirúrgico continuou sem qualquer anormalidade, sendo somente injetados dose adicionais de relaxante muscular, AINH e antibióticos. O ECG apresentava ritmo sinusal e a diurese era satisfatória. A lesão tumoral era inoperável e três horas após o início do procedimento optou-se por realizar apenas a biopsia tumoral. Ao fim da cirurgia a paciente não acordava e necessitava de assistência à ventilação, apesar de boa estabilidade hemodinâmica e ausência de bloqueio neuromuscular avaliada com estimulador de nervo periférico. Após quatro horas na RPA foi transferida para o CTI com prótese ventilatória. No dia seguinte, foi realizada TC de crânio que constatou AVC extenso de tronco cerebral que justificava o quadro neurológico, vindo a falecer cinco dias após a internação no CTI.

Discussão: é conhecida a associação entre malignidade e fenômenos tromboembólicos em portadores de carcinoma gástrico. Qualquer neoplasia aumenta o risco de trombose venosa profunda, resultante da ação de fatores pró-coagulantes e ativadores plaquetários liberados pelas células neoplásicas. Acreditamos tratar de uma síndrome de hiperviscosidade paraneoplásica por adenocarcinoma gástrico, sendo que a causa da embolização seria a presença de trombos nas veias pulmonares.



A 7

Título: Taquiarritmia pré-operatória em paciente portador de miocardiopatia dilatada grave*Autores: Marques AMC; Moll JR; Cruz ROG; Martins AS**Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Anestesiologia – 2004*

Introdução: a miocardiopatia dilatada tem sido uma patologia com alta prevalência na população negra. Seu tratamento e de suas repercussões hemodinâmicas são feitos com drogas que possuem interações com os anestésicos usados no peroperatório. Relato de caso: paciente masculino, negro, 39 anos, 90kg, ASA III hipertenso, coronariopata, com fibrilação atrial crônica (FA) e estenose de traquéia, em uso diário de carvedilol (12,5mg), furosemida (40mg), aldactone (25mg), captopril (200mg), digoxina (0,25mg), suplemento de potássio e marevan (5mg) é internado para ser submetido a traqueoplasia. Ao exame físico, apresentava B3, FC (76bpm) e PA (140 x 90mmhg). O ECG mostrava FA e onda Q em parede lateral e no ECO disfunção sistólica grave. Dez dias após interrupção do cumarínico e substituição por heparina profilática foi realizado o procedimento cirúrgico. Após punção venosa e monitorização com oxímetro de pulso, ECG, capnógrafo e PANI, a anestesia foi induzida com propofol (150mg),

remifentanil (0,5µg.kg-1.min-1) e atracúrio (40mg). A manutenção foi feita com propofol (100mg.kg-1.min-1) e remifentanil (0,5µg.kg-1.min-1). A IOT foi realizada pela equipe cirúrgica após dilatação da traquéia. Aproximadamente 45 minutos após o início do procedimento, o paciente apresentou bradicardia (37bpm) e hipotensão arterial (70 x 40mmHg), quando foi feito 0,5mg atropina com evolução para taquiarritmia supraventricular (FC >170bpm), com ritmo irregular e baixo débito cardíaco. Procedeu-se infusão de amiodarona (150mg), sem resposta terapêutica e a seguir 5mg de metoprolol a cada 2 minutos, tendo sido administradas 3 doses, obtendo-se queda imediata da FC, retornando aos padrões pré-operatórios e estabilização dos parâmetros hemodinâmicos. O procedimento cirúrgico transcorreu sem outras intercorrências. No pós-operatório o paciente foi encaminhado ao CTI, tendo alta para a enfermaria em 24 horas, em boas condições clínicas. Temos como possíveis fatores desencadeantes do quadro relatado: sobredose relativa dos anestésicos venosos, não suspensão das altas doses de captopril ou mesmo reflexos vagais na tração traqueal. Enfatizamos a importância do uso do beta bloqueador durante a ocorrência da taquiarritmia, por apresentar boa eficácia terapêutica e poucos efeitos colaterais.



TL 2

Título: Fibroma ossificante juvenil – relato de caso

Autor: Livia Marques dos Santos

Local e ano de publicação: ainda não publicado

O fibroma ossificante juvenil é uma lesão rara em comparação aos outros tipos de fibroma. Os autores sugerem que o fibroma ossificante juvenil basicamente é um tipo de osteblastoma que ocorre nos ossos faciais. Acomete mais freqüentemente pacientes com menos de 15 anos de idade. Os ossos frontais, orbitais e os seios paranasais são os locais mais acometidos. A maxila é consideravelmente mais envolvida do que a mandíbula. Pode apresentar crescimento rápido. Radiograficamente é bem-delimitado, porém pode apresentar invasão e erosão do osso circundante. A formação de pequenos ossículos esféricos, cercados por bordas osteóides, é um aspecto microscópico característico. A taxa de recidiva irá variar de 30 a 58% dos casos. Uma paciente LFOF, 16 anos, sexo feminino, com melanoderma, compareceu à clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço desta unidade, em maio de 2004, com queixa de aumento de volume em região mandibular direita relatando ter notado início do crescimento há sete meses, indolor, sem xerostomia e caquexia. Há palpação cervical, sem alterações. Após biópsia incisional confirmou-se o laudo histopatológico de fibroma ossificante Juvenil. Fora proposto para esse caso intervenção interdisciplinar (cirurgia cabeça-pescoço/cirurgia bucomaxilofacial) com ressecção total (hemi-mandibulectomia direita) e reabilitação com placa de reconstrução com prótese articular.



A 8

Título: Mixoma odontogênico – relato de caso

Autor: Mariana Serzedello

Local e ano de publicação: ainda não publicado

O mixoma odontogênico é um tumor relativamente raro, originário no mesênquima odontogênico da papila dentária. É mais comum na segunda e terceira décadas de vida, ocorrendo com maior freqüência em mulheres, e afetando mais a mandíbula. Para lesões extensas, o tratamento é a ressecção pela tendência da lesão em infiltrar o osso adjacente. O prognóstico é bom, apesar de possível recorrência local. O caso a ser

apresentado é da paciente L.C.F, 43 anos, sexo feminino, leucoderma, encaminhada ao serviço de cirurgia bucomaxilofacial do HGB, apresentando aumento de volume assintomático em corpo e ramo de mandíbula à direita. Ao exame radiográfico e tomográfico constatou-se extensa lesão multilocular (aspecto característico da lesão) extendendo-se de segundo pré-molar direito até a proximidade da chanfradura sigmóide direita. Foi realizada biópsia incisional sob anestesia local, da qual houve a confirmação diagnóstica de mixoma odontogênico. Em abril de 2005, foi realizada mandibulectomia parcial, com preservação do côndilo e colocação imediata de placa de reconstrução de titânio, visando à manutenção do arco mandibular. No momento, a paciente encontra-se em controle pós-operatório, e em planejamento para uma segunda etapa cirúrgica, em que se fará a reconstrução mandibular com enxerto autógeno vascularizado.



A 9

Título: Fratura de côndilo mandibular – relato de um caso

Autor: Mariana Serzedello

Local e ano de publicação: ainda não publicado

O tratamento das fraturas condilares tem sido controverso com relação à redução fechada ou cirúrgica. Isso ocorre devido ao grau de complexidade desse tipo de fratura, podendo ocorrer em diversas posições anatômicas e com vários tipos de deslocamento do fragmento fraturado. A opção pelo tratamento cirúrgico será feita, principalmente, quando forem fraturas extracapsulares, com deslocamento do fragmento fraturado, bilaterais, associadas à fratura de terço médio da face, e com limitação funcional. A paciente do caso apresentado, G.M.O, 17 anos, sexo feminino, vítima de queda de motocicleta, deu entrada na emergência do HGB com diagnóstico clínico e radiográfico de fratura de colo de côndilo direito. Além disso, apresentava dor na região, desvio de abertura bucal e disocclusão. A redução cirúrgica foi realizada, eletivamente, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. O acesso cirúrgico de escolha foi o Acesso de Hinds (1967) ou retromandibular. Após a estabilização da oclusão por meio de bloqueio maxilo-mandibular com barra de Erich, foi feita estabilização e fixação da fratura com a utilização de duas mini placas de titânio (sistema 2.0) e oito parafusos, e o bloqueio foi então removido. No momento, a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Esse trabalho vem mostrar que por intermédio desse método de tratamento, torna-se possível a reabilitação precoce do paciente.



A 10

Título: Intubação submentoniana no traumatismo facial severo

Autor: Mariana Serzedello

Local e ano de publicação: ainda não publicado

O objetivo deste trabalho é ilustrar a utilização da técnica de intubação submentoniana em traumatismos severos de face, como uma alternativa para a realização de traqueostomia. A intubação submentoniana (1986) é uma técnica alternativa, utilizada em cirurgias de trauma de face que envolvem o terço médio associado ao terço inferior da face. Nesta técnica, o tubo aramado endotraqueal, após intubação orotraqueal (realizada pela equipe de anestesiologia), é passado (pelo cirurgião) por meio do soalho bucal e da pele, localizando-se externamente na região submentoniana. Isto possibilita não só a visão geral da face do paciente, como também, melhor acesso e manipulação das fraturas para redução, estabilização e fixação das mesmas, sem haver a necessidade da realização de uma traqueostomia. Ao final da cirurgia, o tubo retorna à posição da intubação orotraqueal (na cavidade oral) e é removido; o assoalho bucal e pele são suturados. Ainda como vantagens

sobre a traqueostomia, é um procedimento que precisa ser mantido no pós-operatório e o resultado estético final é excelente, tornando-se imperceptível.



TL 3

Título: Estudo da qualidade microbiológica do ar de ambientes internos climatizados

Autores: Nunes, ZG; Fracalanza SEL; Aguiar PF

Local e ano de publicação: Tese de Doutorado em Vigilância Sanitária do Instituto de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro – 2005

A determinação da qualidade microbiológica do ar climatizado de interiores e a sua influência no bem-estar e na saúde dos indivíduos que freqüentam esses espaços é motivo de ampla discussão. Nesse trabalho foi avaliado, inicialmente, o desempenho do amostrador de ar MAS-100 frente ao amostrador de Andersen. Os resultados obtidos, a partir de coletas efetuadas em um escritório, apresentaram a mesma tendência. Em seguida, os níveis de contaminação microbiana no ar em escritórios, hospitais, indústrias e *shoppings* da cidade do Rio de Janeiro foram verificados entre 1998 e 2002. A grande maioria dos 3.060 pontos avaliados (94,3 a 99,4%) estava de acordo com a legislação vigente no País. Foi avaliada também a sazonalidade e a possível correlação entre a quantidade de microorganismos, a temperatura e a umidade do ar, por meio do uso da técnica de análise por componentes principais. A distribuição das amostras foi homogênea e, tanto a temperatura quanto a umidade, não foram parâmetros importantes para explicar o padrão de dispersão das amostras. A avaliação microbiológica do ar de diferentes setores de um hospital público demonstrou contagem mais elevada em momentos de atividade junto ao paciente ou de limpeza e, ainda, valores mais elevados de heterótrofos totais do que de bolores e leveduras, de um modo geral. Neste hospital, foram encontradas também espécies patogênicas do gênero *Aspergillus*, como *A. fumigatus*, *A. flavus* e *A. terreus*. Do mesmo modo, entre as bactérias isoladas encontraram-se cepas multirresistentes de patógenos como *S. marcescens*, *P. aeruginosa* e *S. aureus*. A epidemiologia molecular estudada pela técnica de eletroforese de campo pulsado revelou um perfil genético indistinguível para algumas cepas de *S. marcescens* isoladas no ar e de material clínico obtido de pacientes com infecção hospitalar e caracterizou as culturas de *P. aeruginosa*, de amostras de ar como estreitamento, relacionadas às de material clínico. Uma cepa de *S. aureus* isolada de amostra de ar mostrou-se também como estreitamente relacionada a uma cepa desta mesma espécie, isolada de paciente. Assim, as análises microbiológicas do ar de interiores climatizados mostraram-se como um instrumento fundamental para o controle microbiológico do ar desses locais, assim como para estudos de cunho epidemiológico.



TL 4

Título: Resistência antimicrobiana em um hospital geral no Rio de Janeiro: acompanhamento para o controle

Autores: Gomes MZR; Brasil P; Gouvêa CA; Perez MA; Santos LCG; Couto NS; Oliveira GG; Nogueira IA; Conceição M; Passos VLV; Mauro R; Marangoni V; Coelho FS; Camargo MMP; Silva AC; Pazos ALD; Medina FRF; Silva M; Grabois V

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Salvador – 2004

Introdução: a emergência de patógenos resistentes vem ameaçando a terapia antimicrobiana e tem sido considerada tão crítica que há referências sobre o retorno à era pré-antibiótica. Demonstraremos

o efeito das medidas de prevenção e controle de infecção e da implementação de uma política racional de uso de antimicrobianos na microbiota de um hospital geral. Metodologia: o HGB, da rede federal, apresenta 530 leitos e 2.500 funcionários, seis unidades críticas (neonatal a adultos), diversos serviços cirúrgicos, transplante renal e hepático (a partir de 2002), maternidade de alto risco, emergência aberta e atende em sua maioria pacientes de baixo nível socioeconômico do Rio de Janeiro. A partir de 2000, realiza-se vigilância epidemiológica e microbiológica, geral e por setor; implementação de rotinas de coleta de material para estudo bacteriológico em casos de suspeita clínica de infecção; medidas de precaução de contato em detecções de bactérias multirresistentes; higiene ambiental; restrição ao uso de cefalosporina de terceira geração, carbapenemas, glicopeptídeos, ciprofloxacina, entre outros; 550 treinamentos (acima de 3.500 profissionais treinados); aconselhamentos a partir das fichas de notificação de antimicrobianos (5.000); pareceres em infecção (2.550) e; adoção imediata de medidas de investigação e controle de surtos. Para o diagnóstico etiológico e teste de suscetibilidade antimicrobiana utiliza-se o sistema MicroScan (Dade Behring) e a partir de 2003, métodos convencionais para não fermentadores. Resultados: aumento significativo da coleta de material para estudo bacteriológico [média de 8.827,5 (DP=1.806,7) amostras em 1999-2000 e 13.022 (DP=715,6) em 2002-2003, $P < 0,01$] determinando um aumento significativo na frequência de detecção de microorganismos [média de 2.053 (DP=482,6) amostras positivas em 1999-2000 e 4.205,5 (DP=304,8) em 2002-2003, $P < 0,01$]. No entanto, verifica-se manutenção dos níveis de multirresistência [densidade de incidência média de MRSA de 0,394 (D=0,341) em 1999-2000 e 0,649 (DP=0,3217) em 2002-2003, $P=0,28$; de *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenemas de 0,19 (DP=0,014) em 1999-2000 e 0,4 (DP=0,311) em 2002-2003, $P=0,20$ e; de *Klebsiella pneumoniae* de 0,334 (DP=0,307) em 1999-2000 e 0,048 (DP=0,055) em 2002-2003, $P=0,21$] e manutenção ou redução significativa no consumo de antimicrobianos sob vigilância [DDD/paciente-dia de carbapenemas de 17,7 (DP=6,209) em junho 2000 a 2001 e 15,94 (DP=5,441) em 2002-2003, $P=0,09$; consumo médio de vancomicina de 645,5 (DP=170,65) frascos em julho 2000 a 2001 e 444,9 (DP=166,7) em 2002-2003, $P < 0,001$; DDD/paciente-dia de ceftazidima de 28,2 em 1999 a julho 2000 e 3,2 em agosto 2000-2003, $P < 0,001$]. A mortalidade associada à infecção hospitalar no CTI adulto, monitorado desde agosto de 2000 pela vigilância NNISS, vem se mantendo. Conclusões: a despeito do aumento de complexidade da instituição e da melhoria no diagnóstico de infecção, os níveis de multirresistência se mantêm na ou abaixo da média nacional. O controle da multirresistência antimicrobiana demanda um trabalho articulado e continuado que envolve diferentes ações em diferentes setores, serviços e gerências, e embora seja trabalhoso, é factível. Acreditamos que políticas semelhantes devam ser expandidas para as demais instituições públicas e privadas de saúde da região, uma vez que a elevada ocorrência de multirresistência pressiona para a entrada continuada de cepas resistentes no hospital.



TL 5

Título: Acidente com material biológico em hospital geral no Rio de Janeiro: quatro anos de atenção

Autores: Gomes MZR; Brazil PCA; Gouvêa MP; Santos LCG; Couto, NS; Oliveira GG; Nogueira IA; Conceição M

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Salvador – 2004

Introdução: baixa adesão às medidas de prevenção, notificação e acompanhamento é problema observado na atenção aos acidentados. Objetivamos re-avaliar os acidentes no HGB de janeiro/2000 a maio/2004, para re-direcionar as medidas de controle. Metodologia: em junho/2000 foi reformulado e divulgado um

fluxograma de notificação, primeiro atendimento, coleta de materiais, fornecimento de medicamentos, quando indicado, e acompanhamento dos acidentes no HGB (500 leitos e 2.500 funcionários). Após avaliação em setembro/2001, desenvolveram-se treinamentos, principalmente para os recém-admitidos e os que mais se acidentavam (limpeza e auxiliares de enfermagem). Resultados: foram notificados 670 acidentes, porém 38,5% (221) prosseguiram o acompanhamento e 30% negaram vacinação para hepatite B. Ocorreram 112 treinamentos em prevenção e profilaxia pós-exposição e ao intensificá-los diminuíram ($p=0,02$) os acidentes (média de $10,0 \pm 1,9$ acidentes/mês entre dezembro/2001-junho/2002), que retornaram a patamares anteriores ($13,4 \pm 3,3$). Os residentes e estagiários foram, em 2004, os que mais se acidentaram. Conclusões: o número de notificações no HGB é maior do que os descritos (mesmo período), em municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, sugerindo índice elevado de subnotificação no País. Necessita-se investigar causas de baixa adesão ao acompanhamento (pode estar relacionada à privacidade e confidencialidade); e de se concentrar esforços ininterruptos em educação continuada.



P 1

Título: Investigando a prevalência dos microorganismos multirresistentes em Clínica Médica e Pediatria no período de abril a setembro de 2003

Autores: Santos C; Santos LCG; Perez MA; Gomes MZR; Nogueira IA; Brasil P; Couto NS; Gouvêa CAB; Val Passos VLA

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção Hospitalar. Salvador – 2004

Introdução: neste estudo investigamos a prevalência dos microorganismos multirresistentes (MMR) em clínica médica e pediátrica. Inicialmente, tivemos como questões norteadoras: qual a prevalência da ocorrência de infecção/colonização por MMR nas clínicas de pediatria e médica? Qual a prevalência da ocorrência de transmissão cruzada dessas infecções/colonizações? A partir daí, apontamos como objeto de estudo a prevalência de MMR entre pacientes internados no ambiente hospitalar. **Objetivos:** investigar a prevalência de infecções/colonizações por MMR entre pacientes internados em clínica médica e em clínica pediátrica e verificar a prevalência da transmissão cruzada de MMR entre pacientes colonizados/infectados da clínica médica e pediátrica. **Metodologia:** tratou-se de um estudo não experimental, descritivo com abordagem quantitativa centrado na epidemiologia das infecções hospitalares. A opção pelas duas clínicas acima citadas se deu pelo fato de, nelas internarem-se pacientes crônicos com diferentes patologias que requerem múltiplas internações. O estudo teve início em abril de 2003 e término em setembro de 2003. Na coleta dos dados, foi realizada uma investigação junto a CCIH e laboratório de microbiologia do hospital. De modo complementar estivemos realizando a técnica de observação participativa junto às equipes de saúde das clínicas médica e pediátrica visando a avaliar a adesão dos profissionais às medidas de precaução de transmissão de patógenos. **Resultados:** os dados coletados na observação participativa quanto à adesão dos profissionais às medidas de precaução de transmissão de patógenos nos permitiram afirmar, no que diz respeito à técnica adequada de lavagem das mãos antes dos procedimentos, uma adesão de 37,9% dos médicos e 45,7% dos enfermeiros, resultados que não fogem aos padrões internacionais citados em literatura. Quanto à prevalência dos MMR, a vigilância epidemiológica apontou os valores de 9,1% na clínica médica e 8,8% na pediatria respectivamente. **Conclusões:** a observação participativa possibilitou evidenciar que os riscos de transmissão estão presentes nos dois setores pela baixa adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção de infecções hospitalares. É premente que sejam estimulados os encontros de discussão de medidas de prevenção de transmissão de patógenos entre a CCIH e os profissionais dos dois setores investigados.



P 2

Título: Surto de *Stenotrophomonas maltophilia* em UTI neonatal: dificuldades para o controle

Autores: Gomes MZR; Perez MA; Gouvêa CA; Nogueira IA; Santos LCG; Brasil P; Couto NS; Oliveira G; Constantino B; Passos VL; Oliveira FG; Tomaz LP

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia – 2004; Annual Conference on Antimicrobial Resistance – USA – 2004

Introdução: a ocorrência nosocomial de *S. maltophilia* em infecções/colonizações vem aumentando na literatura nos últimos anos. Este aumento é preocupante devido ao seu perfil natural de resistência a diversas classes de antimicrobianos e a anti-sépticos comumente utilizados na higiene hospitalar, além de sua capacidade descrita de adesão a plásticos. A transmissão cruzada deste agente ocasionando surtos tem sido comprovada. Objetivos: descrever a ocorrência epidêmica de *S. maltophilia* em UTI Neonatal e apresentar as dificuldades para seu controle. Metodologia: vigilância microbiológica dos isolados dos materiais clínicos de pacientes da UTI neonatal do HGB desde janeiro de 1999. Esta unidade neonatal, de 12 leitos, atende em sua maioria neonatos (>60% com peso ao nascer £1000g), e divide seu espaço físico com a UTI Pediátrica (três leitos) e, a partir de setembro de 2002, também com um leito de transplante hepático. Resultados: foi detectado um surto de *S. maltophilia* a partir de março de 2003 na UTI neonatal, com a identificação mensal de 1-3 pacientes colonizados/infectados desde então. Diversas medidas foram adotadas para o controle (coorte de pacientes e profissionais, intensificação das precauções de contato e da higiene ambiental, entre outros). Paralelamente, medidas adicionais foram estabelecidas para a detecção de fonte de infecção e via de transmissão, além de genotipagem das cepas isoladas e análise de suscetibilidade aos anti-sépticos em uso. A ineficiência das medidas iniciais acima mencionadas forçou a decisão pela transferência dos pacientes do setor para uma nova ala, propiciando a reforma e limpeza da unidade em início de dezembro de 2003. A despeito destas medidas, ainda observam-se novos casos de *S. maltophilia* em janeiro de 2004 (três pacientes). Conclusões: a detecção precoce do surto e a adoção das medidas habituais de controle surtiram pouco efeito na evolução da epidemia que aparentemente caminha para tornar-se endêmica na unidade. O estudo epidemiológico para a detecção de possível caso índice aponta para o envolvimento de outros setores (Hemodiálise, atingindo a UTI Neonatal por meio da UTI Pediátrica), o que demonstra a importância dos fluxos internos hospitalares que corroboram a transmissão cruzada de microorganismos. A pressão de uso de antimicrobianos e outros possíveis fatores de risco estão sendo avaliados.



A 11

Título: Investigação de infecção hospitalar associada a ambiente hospitalar em unidade intensiva neonatal pela metodologia NNIS modificada

Autores: Gomes MZR; Nogueira IA; Gouveia CAB; Perez MA; Santos LCG; Couto NS; Brasil P; Ferreira AMG; Valette COS; Oliveira F; Ariosa JRR; Tomaz LP

Local e ano de publicação: 55.ª Reunião Anual da SBPC. Recife, Pernambuco – 2003

Introdução: a investigação de infecção hospitalar (IH) pela metodologia NNIS (CDC-EUA) tem sido amplamente utilizada em Unidade Intensiva Neonatal (UTI), inclusive no Brasil. Um dos questionamentos de sua aplicabilidade é a dificuldade na definição do numerador da taxa. Neste estudo, temos por objetivo apresentar a aplicabilidade da metodologia NNIS modificada em uma UTI Neonatal. Metodologia: desde agosto de 2000 foi iniciada a busca ativa diária de infecção hospitalar na UTI

neonatal do Hospital Geral de Bonsucesso, hospital da rede federal, com maternidade de nível III (alto risco), onde aproximadamente 70% das crianças são menores de 1.000g. Utilizamos a metodologia NNIS modificada, isto é, excluindo aquelas infecções de origem materna que se desenvolveram nas primeiras 48 horas de vida. Com isto, priorizamos, numa abordagem inicial, conhecer aquelas infecções associadas, em sua maioria, com o ambiente neonatal hospitalar. Resultados: o acompanhamento da densidade de incidência entre aqueles com peso ao nascer <de 1.000g demonstra que a taxa média de IH entre agosto 2000 – julho 2001 foi de 26,3/1.000 pacientes-dia, tendo apresentado decréscimo significativo ($p < 0,004$) no período seguinte, compreendido entre agosto 2001 – fevereiro 2003 (16,0/1.000 pacientes-dia). Conclusão: embora tenha sido modificada a definição original, concluímos que não houve alteração quanto à utilização das referidas taxas para nortear as ações de prevenção e controle no ambiente hospitalar.



A 12

Título: Efeito da restrição de uso de Ceftazidima na suscetibilidade antimicrobiana da *Klebsiella pneumoniae* em um hospital geral do Rio de Janeiro

Autores: Brasil P; Gomes MZR; Peres MA; Gouvêa CAB; Santos LCG; Azevedo I; Couto NS; Oliveira GG; Ferreira AMG; Marangoni V; Matos TR; Vrago CP; Costa MA

Local e ano de publicação: II Simpósio de Resistência Bacteriana aos Antimicrobianos. Rio de Janeiro – 2003

Introdução: a resistência dos gram-negativos aos antimicrobianos é de preocupação crescente entre os profissionais de saúde. A *Klebsiella pneumoniae* é freqüentemente responsável pela alta morbi-letalidade das infecções nosocomiais pelo seu poder de produção de β lactamase de espectro estendido (ESBL), que lhe confere resistência à ação das cefalosporinas de terceira geração e de penicilinas de largo espectro. Objetivo: avaliar o efeito da restrição de uso da Ceftazidima no perfil de suscetibilidade da *K. pneumoniae*, bactéria gram-negativa prevalente nas infecções nosocomiais do nosso meio. Metodologia: a suscetibilidade da *Klebsiella pneumoniae* foi avaliada mensalmente, por um período anterior (janeiro a dezembro de 1999) e posterior à política de restrição de uso da Ceftazidima (a partir de janeiro de 2000) pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Geral de Bonsucesso. A política se exerceu por meio do aconselhamento de uso de antibióticos, diretamente com discussões periódicas com os serviços médicos, a partir da notificação do mesmo e, indiretamente, por meio de lembretes por escrito, com justificativas de uso e desuso da droga que foram amplamente distribuídos por todo o hospital. Para a identificação e teste de sensibilidade da bactéria foi utilizado o sistema da Microscan (Dade Diagnostics). Resultados: houve um aumento da suscetibilidade da *Klebsiella pneumoniae* em relação a todas as cefalosporinas de III geração – Ceftriaxona, de 44 para 89%, Cefotaxima, de 33 para 86% e Ceftazidima, de 62 para 90% ($p < 0,00001$) – quando comparados os dois períodos. Embora em menor escala, também ocorreu aumento da suscetibilidade da bactéria ao Aztreonam e aos aminoglicosídeos (Gentamicina e Amicacina). Por outro lado, observou-se uma tendência crescente à resistência ao Ciprofloxacino sem alteração significativa na suscetibilidade da enterobactéria à associação de sulfametoxazol com trimetoprim, que se manteve entre 41 e 60%, nem ao Imipenem, que permaneceu em torno de 99%. Discussão: a mudança no perfil de suscetibilidade bacteriana da *Klebsiella pneumoniae* após redução do uso de Ceftazidima já foi demonstrada na literatura. Apesar da necessidade de estudos genéticos para compreensão dos mecanismos intrínsecos de resistência bacteriana, a monitorização fenotípica, associada ao aconselhamento do uso de antimicrobianos permite maior eficácia terapêutica com menor pressão seletiva. Neste trabalho confirmamos a utilidade e impacto da estratégia de intervenção conjunta do Serviço de Farmácia e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar na contenção da resistência bacteriana no ambiente hospitalar, otimizando o programa de consumo de antimicrobiano intra-hospitalar.



A 13

Título: Tendência de queda da prevalência de infecção hospitalar em hospital geral da rede federal

Autores: Santos LCG; Couto NS; Gomes MZR; Perez MA; Brasil P; Gouveia CAB; Nogueira IA; Ferreira AMG; Grabois V; Azevedo SS

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Salvador – 2004

Introdução: estudos transversais para a definição da taxa de prevalência de infecção hospitalar (IH) são, normalmente, passíveis de críticas devido à pobre comparabilidade intra e extra-instituição (p. ex.: ausência de padronização de dados, acompanhamento, levando ao diagnóstico, preferencialmente, das IH de maior gravidade e com maior tempo de duração). **Objetivos:** quantificar e acompanhar evolutivamente a prevalência momentânea de IH, obtida por estudos seccionais da população hospitalar internada nos setores não críticos do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) e demonstrar a praticidade da utilização de amostra aleatória para a sua determinação. **Material e métodos:** a partir de agosto de 2000, com base trimestral/quadrimestral, por meio do Epiinfo 6.04, calculamos, para cada momento, o tamanho amostral (amostra aleatória simples), baseada na população hospitalar internada nos setores não críticos do HGB. Com o mesmo programa, sorteamos para a mesma população, os leitos a serem visitados pelos membros da CCIH. Os critérios de IH foram baseados na metodologia NNIS (CDC-USA), considerando apenas as infecções vigentes no momento da investigação. **Resultados:** no período de agosto/2000 a agosto/2001 foi observada uma prevalência média de $9,49 \pm 3,68$, enquanto que no período de setembro/2001 a abril/2002 a prevalência média diminuiu para $6,54 \pm 0,99$ ($p=0,21$). **Conclusão:** esta metodologia de investigação permite o acompanhamento da tendência de IH e embora, em nosso estudo, não tenhamos observado diferença, estatisticamente significativa, devemos levar em consideração o pequeno número de estudos realizados (três em cada período), o que não elimina o fato de ter havido um decréscimo de 31%, na prevalência de IH observada ao longo do tempo. Além disso, neste período, foi verificada uma melhoria na investigação microbiológica das IH, com aumento significativo do número de exames entre os dois períodos de comparação ($p < 0,00001$), o que pode ter contribuído para a não observância de redução estatisticamente significativa da prevalência. Apesar de concordarmos com as críticas relativas à prevalência momentânea de IH, esta ainda é muito utilizada, mesmo em unidades críticas, principalmente devido ao subdimensionamento das CCIHs.



A 14

Título: Atuação da CCIH contribuindo para a diminuição do número de acidentes com material biológico em um hospital geral da rede federal

Autores: Brasil P; Gomes MZR; Perez MA; Gouveia CAB; Santos LCG; Couto NS; Nogueira IA; Ferreira AMG; Sérgio JV; Castro RRT; Macedo AN; Amaral ACS; Figueiredo C

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Salvador – 2004

Introdução: o treinamento dos profissionais de saúde em medidas de prevenção de acidentes com material biológico tem sido uma prática recomendada e teoricamente de responsabilidade da saúde ocu-

pacional. No entanto, a ausência desses profissionais em diversos hospitais públicos, pode levar as CCIHs a contribuir para a prevenção dos acidentes, bem como na notificação, na orientação para a adoção das medidas de profilaxia pós-exposição e no acompanhamento, subsidiando a futura implantação de serviço específico. Objetivos: conhecer e monitorar os acidentes com material biológico ocorridos num hospital geral. Material e métodos: foi reformulado e amplamente divulgado em junho de 2000 um fluxograma para a notificação, primeiro atendimento, coleta de materiais e fornecimento de medicamentos, quando indicados, aos profissionais acidentados com material biológico do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), hospital federal de 500 leitos com aproximadamente 2.500 funcionários. Além disso, a CCIH criou neste período um protocolo e um ambulatório de acompanhamento dos acidentados. Resultados: o número de acidentes em junho/2000–novembro/2001 (média=13.4 ± 3.3) foi muito mais elevado (quase 3 vezes maior) que o ocorrido no período anterior compreendido entre janeiro–maio 2000 (média=5.8 ± 1.3), demonstrando que havia grande subnotificação ($p < 0,0001$). Os profissionais que mais se acidentavam eram os da limpeza, os auxiliares de enfermagem, residentes e estagiários. Em março de 2001, houve um alto índice de acidentes entre os auxiliares de enfermagem, em um mesmo período de admissão. Após uma primeira avaliação, em setembro de 2001, foi intensificado e redirecionado os treinamentos de prevenção de acidentes para as categorias profissionais que mais se acidentavam, o que resultou na redução significativa ($p=0,02$) do número médio de acidentes/mês entre dezembro/2001 a junho/2002 (média=10,0 ± 1,9). Conclusão: os resultados demonstram a necessidade de um serviço específico para o monitoramento dos acidentes, permitindo a orientação quanto às medidas de prevenção, e identificação correta dos profissionais com maior risco. Reafirma a importância do treinamento dos funcionários, em especial os recém-admitidos, como uma das políticas de prevenção de acidentes com material biológico.



A 15

Título: Ocorrência de *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina no Rio de Janeiro

Autores: Gomes MZR; Brasil P; Santos LCG; Couto NS; Peres MA; Gouvêa CAB; Azevedo I; Conceição MS; Oliveira GG; Rangel GR; Silva LM; Passos VLV; Mauro R; Marangoni V; Coelho FS; Silva LF; Carvalho DRBM; Souza RCG; Souza RLCS; Teixeira L

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Salvador – 2004

Introdução: *Enterococcus* resistente à vancomicina (VRE) tem sido motivo de preocupações, uma vez que o arsenal terapêutico é limitado, pela capacidade de disseminação de genes de resistência para mesmo ou outros gêneros bacterianos e de evoluir em surto, determinando elevada morbiletalidade. No Brasil, há relatos de VRE no Sul e Sudeste, sendo no Rio de Janeiro a partir de 2000. Descreveremos os primeiros isolados em um hospital público federal do RJ. Metodologia: descrição dos casos e das medidas de investigação e controle. O HGB é um hospital de nível terciário de 500 leitos. A identificação e testes de susceptibilidade foram realizadas utilizando o sistema MicroScan (Dade Diagnostics) e métodos convencionais. Para a detecção dos genes de resistência utilizou-se PCR. Resultados: em 16/4/2004, foi identificado VRE (MIC >256g/ml) em cateter vascular de uma paciente com rejeição do transplante renal, tuberculose pulmonar, diarreia, CMV, portadora de hepatite B e C, internada desde abril/2003 em precaução aérea, com óbito em 27/04. A partir disto, iniciou-se vigilância nos setores onde estavam pacientes acompanhados pela nefrologia. Dos 232 swabs retais, detectou-se quatro colonizações (três na nefrologia e um na emergência), todos apresentavam gene vanA. Todos os pacientes foram colocados em precaução de contato até a alta (3), intensificada a higiene ambiental e

notificada a Anvisa. O monitoramento de futuras interações pelo sistema de informação e o controle de interações oriundas de instituições com relatos de casos confirmados, que antecederam a nossa ocorrência, estão sendo realizados. Conclusões: os dados sugerem a disseminação intra e extra-hospitalar de VRE, o que será investigado por meio da análise do relacionamento genético, por PFGE. A notificação de cepas multirresistentes para os responsáveis pela vigilância e controle é essencial para a prevenção da disseminação.



A 16

Título: Avaliação da desratização e desinsetização em um hospital geral da rede pública nos anos de 2000 e 2002

Autores: Amaral ACS; Castro RRT; Santos LCG; Pérez MA; Gomes MZR

Local e ano de publicação: I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária – 2002

Introdução: existe uma grande preocupação em relação à presença de vetores e de mecanismos de controle de infestação em nível hospitalar, uma vez que são os grandes responsáveis pela transmissão de zoonoses, grave problema de saúde pública. Objetivo: avaliar a presença de vetores e os mecanismos de desinfestação realizados neste hospital. Material e métodos: este trabalho foi realizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) sobre a avaliação da infestação presente em todos os setores do Hospital. Foram distribuídos protocolos para 56 setores no ano de 2000 e 64 no ano de 2002, sendo respondidos e devolvidos num período de dois meses, aproximadamente. As variáveis estudadas foram: presença de vetores, áreas afetadas e mecanismo de desinfestação. Os dados foram analisados no programa EpiInfo, versão 6.04. Resultados: ao compararmos os dois anos, foi verificado que não houve diferença significativa em relação ao percentual de vetores encontrados, o que representou aproximadamente 90% de infestação. Os principais vetores foram: barata (68,4%/2000 e 55,8%/2002) e mosquito (63,2%/2000 e 74,4%/2002), enquanto broca e pombo obtiveram os menores valores (0%/2000 e 4,7%/2002; 7,9%/2000 e 16,3%/2002, respectivamente). As áreas mais afetadas foram os banheiros, com aproximadamente 40% de infestação, nos dois anos analisados. Quanto à realização de mecanismo de desinfestação, tais como: dedetização, desratização e descupinização, foi verificado principalmente em relação à dedetização, uma queda de 73,3% em 2000 para 16,3% em 2002. Conclusão: diante dos dados apresentados, verificou-se o despreparo tanto dos setores que não solicitavam os serviços, quanto da ausência de uma rotina que efetive a periodicidade dos procedimentos de desinfestação.



A 17

Título: Estrutura clonal de *Stenotrophomonas maltophilia* isoladas em Hospital Geral no Rio de Janeiro

Autores: Araújo MS; Val Passos VLA; Gomes MZR; Vieira VV; Asensi MD

Local e ano de publicação: XXIII Congresso da Sociedade Brasileira de Microbiologia – 2005

A *Stenotrophomonas maltophilia* é um importante patógeno em infecções hospitalares, principalmente em pacientes debilitados, com hospitalização prolongada e submetidos à antibioticoterapia, cateterização e ventilação mecânica. Os altos níveis de resistência natural a antimicrobianos comumente usados para tratamento de gram-negativos e a sua capacidade de produzir biofilmes e aderir a plásticos, propicia a colonização de pacientes e promove surtos em unidades de hemodiálise e população neonatal. Com o

objetivo de determinar a sensibilidade a antimicrobianos e a estrutura clonal de *S. maltophilia* foram estudadas 57 cepas isoladas de pacientes atendidos nos setores de Hemodiálise, UTI neonatal e pediátrica, Neurocirurgia, Cirurgia Geral no período de dois anos (maio de 2003–maio de 2005). Metodologia: os microrganismos isolados, obtidos a partir de sangue, ponta de cateter vascular, secreção traqueal, fezes e urina, foram submetidos ao Teste de Susceptibilidade a Antimicrobianos pelo método dilucional realizado pelo sistema Microscan e confirmado pelo método de difusão de discos em Agar. A Análise de DNA foi realizada pelo método de Eletroforese em Campo Pulsado (PFGE). Resultados e conclusões: os resultados do TSA evidenciaram que 100% das cepas eram susceptíveis a sulfametoxazol-trimetropim. Detectou-se uma diversidade genética acentuada com 21 genótipos distintos (A-U) sendo o A, B e C os genótipos mais frequentes com 13, 11 e 10 cepas respectivamente cada um, representando 59% do total de cepas. O perfil A foi mais encontrado em pacientes da hemodiálise, o perfil B em pacientes de UTI neonatal. O Perfil A e B foram prevalentes no período de maio de 2003 a outubro de 2004, o C predominou no período de novembro de 2004 a janeiro de 2005 no setor de Hemodiálise e Clínica geral, a partir desse período apareceram os outros genótipos demonstrando que as fontes de infecção passaram a ser diversificadas.



A 18

Título: Resíduos de serviços de saúde: proposta de classificação

Autores: Corrêa RB; Reis LC; Cardos TAO; Coelho H; Hokerberg YHM; Gomes MZR

Local e ano de publicação: I Seminário Internacional de Biossegurança – 2005

Introdução: a Resolução RDC n.º 33, de 25/2/2003, Anvisa (RDC n.º 33) que dispunha sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (RSS), dava prazo de 12 meses, aos serviços de saúde em funcionamento, para adequação aos requisitos nela contidos. Para os novos serviços, a adequação deveria ser integral e previamente ao início do funcionamento. Além disso, esta resolução classificava os resíduos biológicos e determinava o seu manejo, de forma diferente do proposto pela Resolução do Conama n.º 283, de 12/7/2000. Neste período, as discussões da aplicabilidade da RDC n.º 33, no Estado do Rio de Janeiro, e dos riscos dos RSS, levaram a formação de um grupo multidisciplinar, a fim de elaborar como proposta, uma norma de caráter supletivo ou complementar, em consonância com seu art. 3.º. A finalidade, era adequar os requisitos da RDC n.º 33 às especificidades locais. Nesse sentido, o grupo iniciou seu estudo pelo enquadramento dos resíduos do grupo A – potencialmente infectantes, resíduos comuns e resíduos perfurocortantes, utilizando como critério, o risco, a necessidade e tipo de tratamento. Objetivo: enquadrar os resíduos biológicos, comuns e perfurocortantes em uma classificação simples, objetiva e direta, incentivando a adesão aos regulamentos técnicos vigentes na ocasião, e a compreensão do manejo seguro destes RSS. Metodologia: pesquisa bibliográfica, nacional, e internacional, com reconhecimento legal e/ou científico. Discussões em Grupo de Trabalho. Resultados: GRUPO A – RESÍDUOS BIOLÓGICOS: 1 – INFECTANTES: tratamento preliminar obrigatório no local de sua geração. 1.1 – Resíduos com alto risco de disseminação de doenças são provenientes de pacientes suspeitos ou sabidamente portadores de patógenos, que tenham relevância epidemiológica e risco de disseminação. Representam risco à saúde pública pelo alto risco de transmissibilidade e morbidade. Inclui-se nesta definição, os resíduos do trabalho em contenção com patógenos da classe de risco 2 e classe de risco 3. 1.2 – Resíduos com alto risco de disseminação de doenças e alta letalidade (além do tratamento preliminar, é obrigatório o tratamento final – incineração): são provenientes de pacientes suspeitos ou sabidamente portadores de patógenos que tenham relevância epidemiológica e risco de disseminação. Representam risco à saúde pública pelo alto risco de transmissibilidade e letalidade. Incluem-se nesta definição, os resíduos do trabalho em contenção com patógenos da classe de risco 4, ou com potencial patogênico desconhecido. 1.3 – Lodo de tratamento de esgoto de estabelecimento de saúde. 2 – POTENCIALMENTE INFECTANTES: não necessitam

obrigatoriamente de tratamento preliminar. Não estão enquadrados como os resíduos infectantes. 2.1 – Resíduos resultantes de assistência à saúde: 2.2 – Resíduos anátomopatológicos. GRUPO D – RESÍDUOS COMUNS: não se enquadram nos grupos A, B (resíduos químicos), C (rejeitos radioativos) e E. São semelhantes aos resíduos domésticos e não oferecem risco adicional à saúde pública e ao meio ambiente. Podem ser reutilizados ou reciclados. GRUPO E – RESÍDUOS PERFUROCORTANTES: tratamento de acordo com o tipo de contaminação. Conclusão: as características apresentadas por alguns resíduos (em função de suas propriedades infecto-contagiosas), podem, quando manuseados ou dispostos de forma inadequada, resultar em um aumento da morbidade, mortalidade, e danos ao meio ambiente. A classificação dos resíduos conforme o risco e o tipo de tratamento, como critérios para o enquadramento, resultou em uma classificação simples e compreensível dos resíduos biológicos. A Classificação dos RSS é o primeiro passo para o manejo seguro. A compreensão da lógica utilizada para o enquadramento, favorece a adesão aos regulamentos técnicos, atingindo desta forma, seu objetivo, que é beneficiar a saúde pública e preservar o meio ambiente.



A 19

Título: Vigilância microbiológica de microrganismos multirresistentes de uma unidade intensiva neonatal no Rio de Janeiro, Brasil

Autores: Passos VLV; Gomes MZR; Perez MA; Gouveia CAB; Gonçalves G; Nogueira IA; Santos LCG; Couto NS; Brasil P; Barros MJL; Costa RMF; Coelho FS; Ariosa JRR; Cardoso RCA; Tomaz LP
Local e ano de publicação: XXXI Congresso Brasileiro de Análises Clínicas – 2004

Introdução: o ganho deste estudo é identificar a microbiota prevalente e o padrão de susceptibilidade dos microrganismos de uma unidade intensiva neonatal de uma maternidade de alto risco de um hospital da rede federal do Rio de Janeiro. **Metodologia:** foram isolados 1.278 microrganismos de materiais clínicos, independente de colonização ou infecção, dos pacientes internados na UTI Neonatal do Hospital Geral de Bonsucesso, de janeiro de 1999 à dezembro de 2003. A identificação e o teste de susceptibilidade a antimicrobianos foi realizada pelo sistema MicroScan (Walk Away/96, Dade Bering), sendo que a partir de 2003 os microrganismos não fermentadores foram submetidos também ao teste de difusão em disco e analisados utilizando o programa SPSS (8.0). **Resultados:** acima de 60% dos pacientes internados são neonatos com peso ao nascer menor que 1.000 gramas e mais de 90% são prematuros. Entre os agentes identificados, *Staphylococcus coagulase negativa* foram responsáveis por 22,4% do total dos isolados, seguindo-se por *Candida* spp. 14,1%, *Klebsiella* spp. 12,9%, *Pseudomonas* spp. 7,6%, *Staphylococcus aureus* 6,2%, *Escherichia coli* 5,2% e *Enterobacter* spp. 5,1%. Resistência a oxacilina foi reportada em 91,8% dos *S. coagulase negativa* e em 43,8% dos *S. aureus* no período em estudo. Para *Klebsiella* spp. 59,3%, 51,1%, 50% e 24% eram resistentes a cefepime, ceftriaxona, cefotaxima e ceftazidima, respectivamente e, apenas 2% a ciprofloxacina. *Pseudomonas* spp. foram resistentes a imipenem (26,2%), amikacina (12,9%), piperacilina-tazobactam (19,3%) e ciprofloxacina (39,3%). *E. coli* com 31,3% de resistência a cefotaxima. Diversas políticas de prevenção e controle de infecção hospitalar e de utilização de antimicrobianos foram adotadas pela CCIH ao longo do período estudado, tendo sido observado uma diminuição significativa na ocorrência de MRSA, com nenhuma identificação no último ano, a despeito da manutenção da vigilância de pacientes oriundos de outras unidades. A suspensão do uso de ceftazidima desde março de 2000 é também responsável pela diminuição significativa da ocorrência de *Klebsiella* spp resistente a este antimicrobiano (42,9% em 1999 para 2,7% em 2003). **Conclusão:** a população estudada apresenta risco elevado de infecção por germes multirresistentes e portanto, o laboratório de microbiologia contribui com dados importantes no conhecimento da microbiota prevalente que orienta os programas e políticas de prevenção, controle e tratamento das infecções hospitalares.



A 20

Título: Avaliação do processamento de artigos hospitalares em um hospital geral de rede pública no Estado do Rio de Janeiro – 2002

Autores: Castro RRT; Amaral ACS; Macedo NA; Santos LCG; Perez MA; Gomes MZR

Local e ano de publicação: I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária – 2002

As infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública, tanto na sua abrangência como pelos elevados custos sociais e econômicos. O conhecimento e a conscientização sobre os vários riscos de infecção, das dificuldades de processamento inerentes à natureza de cada artigo e das limitações dos processos de desinfecção e de esterilização são imprescindíveis para se tomar as devidas precauções. Em hospital da rede pública do Rio de Janeiro, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem como uma das suas atividades o monitoramento das infecções e o processamento de artigos e materiais hospitalares. Objetivos: avaliar o processamento de artigos hospitalares visando ao planejamento de ações de prevenção e controle de infecção. Material e Métodos: o monitoramento foi realizado por meio do envio de protocolos a 29 setores do hospital (unidade onde o processamento de material é realizado), no período de maio a junho de 2002, sendo respondidos e encaminhados pelos respectivos profissionais de Enfermagem à CCIH. Os protocolos foram analisados em programa Epi. Info versão 6.0 por residentes do NESC/UFRJ sendo os resultados posteriormente divulgados aos setores. As variáveis que constam no protocolo referem-se à conservação, recolhimento de materiais, frequência de limpeza, tempo, tipo e periodicidade de processamentos de artigos e procedimentos de esterilização e desinfecção. Resultados: do total de 29 questionários distribuídos 15 (51%) foram respondidos. Foi verificado que quatro setores (26%) possuíam termômetro e planilhas de controle diário de temperatura, afixados na porta das geladeiras de medicamentos, material biológico e alimentos para pacientes. Em todos os setores foi observada a presença de caixas de material perfurocortante, entretanto, três (20%) setores relataram jogar tais materiais em lixeiras comuns e em sete (46%), as caixas ultrapassaram o limite de 2/3 do seu preenchimento. Conclusão: os dados analisados demonstraram a necessidade de treinamento e reciclagem de profissionais de saúde para a adequação e implementação das medidas de limpeza e processamento de materiais hospitalares. Por meio de treinamentos adequados será possível minimizar os índices de contaminação cruzada, bem como o número de acidentes com material biológico.



A 21

Título: The impact of antimicrobial formulary interventions on the susceptibilities of *Klebsiella* species

Autores: Gomes MZR; Perez M; Gouveia C; Santos L; Couto N

Local e ano de publicação: Annual Conference on Antimicrobial Resistance – USA – 2004

Outbreaks due to extended-spectrum β lactamase producing *Klebsiella* species (ESBL – EK) have occurred throughout the world and it is a great concern once patients with ESBL – EK infection have an increased risk of death. Methods: the study was performed in a 500-bed tertiary general hospital where an infection control program was implemented since December 1999. *Klebsiella* species identification and susceptibility testing were performed in accordance with the NCCLS guidelines, using MicroScan (Dade Diagnostics). The antimicrobial use rates were calculated by defined daily dose per 1000 patient-days. The results were analyzed in the period before (January 1999 to July

2000) and after (August 2000 to December 2003) the institution of ceftazidime restriction programs. Results: the ceftazidime prescription decreased from a mean of 28.2 to 3.2 DDD per 1000 patient-days ($p < 0.001$) between the two periods, with a significantly decrease in resistance of ESBL – EK to all third-generation cephalosporins. Conclusions: this study confirms the impact of antimicrobial restriction on bacterial resistance which was also believed to be related to the infection control and prevention program.



A 22

Título: Lavagem das mãos: segurança para quem?

Autores: Souza CV; Santos LCG; Perez MA; Gomes MZR; Couto NS; Nogueira IA; Brasil P; Gouveia CAB

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia hospitalar. Salvador – 2004

Muitos microrganismos podem acumular-se nas mãos dos profissionais de saúde, escondendo-se por debaixo das unhas e ornamentos. Em nosso hospital, foi verificado que na Clínica Médica e Pediatria, antes da realização dos procedimentos, aproximadamente 38% dos médicos e 66% dos enfermeiros aderiram à lavagem das mãos. Entretanto, após a realização destes procedimentos, a mesma equipe mostrou uma pequena elevação nesta taxa, chegando a 39% e 69%, respectivamente. Questionamos: a lavagem das mãos é um procedimento adotado pelo profissional de saúde visando à sua segurança, a dos pacientes ou de ambos? Definimos como objetivos: caracterizar os procedimentos de enfermagem que geram uma maior ou menor adesão à lavagem das mãos; estabelecer um paralelo entre a adesão a este procedimento e a percepção desta necessidade gerada pelo entendimento do profissional acerca da segurança do paciente, segurança do trabalhador ou segurança de ambos. Tratou-se de uma pesquisa com metodologia quali-quantitativa, que foi realizada em um hospital federal na Cidade do Rio de Janeiro, tendo como sujeitos os profissionais da equipe de enfermagem lotados na Clínica Médica da instituição. É possível concluir uma tendência à adesão que tem em vista a proteção do profissional de saúde.



TL 6

Título: Biópsias pleurais com agulha de Cope: estudo de 112 casos

Autores: Almeida RD; Mattos ELA; Carneiro PCA; Fernandes BA

Local e ano de publicação: Conselho Brasileiro de Cirurgiões – 2005

A tuberculose é uma doença endêmica na região do sudeste brasileiro, sobretudo no Estado do Rio de Janeiro, está frequentemente associada à Síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA). Casuística e Método: foram realizadas 112 biópsias pleurais percutâneas com agulha de Cope, em nível ambulatorial e os pacientes submetidos a controle radiográfico (telerradiografia de tórax em pósterio-anterior e perfil) pós-procedimento, nos Serviços de Cirurgia Geral, Torácica e de Radiologia do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) – Ministério da Saúde – SUS, no período de 1.º de janeiro de 2003 a 1.º de janeiro de 2005. As idades limítrofes foram 16 e 83 anos. É apresentada a sistematização técnica do procedimento. Resultados: os resultados histopatológicos por inclusão parafínica foram: tuberculose (44

casos – 39,4%), sendo mais freqüente na faixa etária: 26-30 anos = 11/44), pleurite inespecífica (35 casos – 31,2%), câncer (32 casos – 28,5%), sendo mais freqüente na faixa etária: 56-60 anos = 7/32; Lúpus eritematoso sistêmico – LES (01 caso – 0,9%). O adenocarcinoma da pleural foi o tipo histológico de neoplasia maligna mais freqüente em 12 pacientes (38,0%). Vinte e três pacientes (25,8%) tiveram diagnóstico inconclusivo na primeira punção; 12 pacientes (16,6%) – inconclusivos na segunda punção, cinco pacientes (4,0%) – inconclusivos na terceira punção e seis pacientes (5,3%) houve necessidade de biópsia a céu aberto, sob anestesia geral no Centro Cirúrgico. Conclusão: o presente procedimento operatório mostra a validade, o baixo custo e o alto percentual de acerto diagnóstico da biópsia de pleura com agulha de Cope, em Hospital do Sistema Único de Saúde, na Cidade do Rio de Janeiro.



TL 7

Título: Síndrome de Boerhaave: primeiro caso relatado no HGB

Autores: Gabrich R; Carvalho A; Iglesias G; Muharre RJ; Machado GS; Passamai EJ

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Cirurgia – 2005

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de ruptura espontânea de esôfago de um paciente atendido neste hospital. Material e métodos: paciente de 52 anos, saudável, deu entrada na Emergência do HGB em julho de 2004 com quadro de dor torácica e vômito iniciado há 24 horas. O exame físico evidenciou diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior de ambos os hemitórax com roncocalos difusos, estertores em base pulmonar esquerda e enfisema subcutâneo. Neste período foi submetido a exames laboratoriais e radiológicos que demonstraram um quadro infeccioso, enfisema mediastinal com extravasamento de contraste no mediastino e cavidade pleural esquerda. Evoluiu com choque séptico sendo submetido a toracotomia pósterolateral esquerda que demonstrou presença de lesão na parede lateral do esôfago. Foi realizada rafia da lesão com retalho diafragmático sobre a lesão e drenagem mediastinal e pleural, após lavagem exaustiva da cavidade torácica. O paciente evoluiu no pós-operatório com mediastinite, tendo ficado internado no CTI. O tempo de internação hospitalar foi de 60 dias. Discussão: a Síndrome de Boerhaave é uma doença rara descrita em 1724 por Hermann Boerhaave. Decorrente da perfuração espontânea do esôfago por vômitos incoercíveis, geralmente em pacientes alcoólatras e no terço inferior (3 a 4cm da junção esôfago-gástrica), do lado esquerdo. Pode causar um quadro grave de mediastinite com derrame pleural e empiema que culmina com sepse, choque e morte se não houver tratamento.



P 3

Título: Má rotação intestinal causando obstrução duodenal – relato de caso

Autores: Calheiros JPF; Sá Ribeiro FA; Abeleira LM; Motta CET

Local e ano de publicação: ainda não publicado

Relato de caso de paciente de 10 anos atendido na Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso, apresentando quadro clínico de obstrução intestinal alta, sendo submetido à intervenção cirúrgica e evidenciando obstrução ao nível da terceira porção duodenal causada por compressão direta pelo cólon transverso decorrente de má rotação intestinal. Realizada derivação do trânsito intestinal por meio de anastomose duodeno-jejunal com excelente resultado pós-operatório. Os autores relatam sua experiência e realizam revisão sobre más-rotações intestinais na literatura disponível atualmente.



P 4

Título: Leiomioma Uterino Gigante – relato de caso

Autores: Castro EJP; Oliveira FXDF; Barbosa CB; Caraméz C; Marreco I; Hazan M; Muharre RJ

Local e ano de publicação: Congresso de Cirurgia Geral – 2005

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de leiomioma uterino gigante tratado cirurgicamente na II Clínica Cirúrgica do HGB. Material e métodos: paciente do sexo feminino, 58 anos, atendida no ambulatório em setembro de 2004, queixando-se de aumento de volume abdominal gradual e edema de membros inferiores, mais intenso à tarde. A anamnese evidenciou história pregressa de hipermenorréia, cessando após a menopausa. A ultra-sonografia abdominal revelou massa de consistência rígida, volumosa, ocupando o oco pélvico até a região epigástrica. A tomografia computadorizada de abdome e pelve sugeriu que a massa originava-se do útero e anexos, sendo compatível com leiomioma uterino. Foi submetida à laparotomia exploradora, observando-se grande massa de origem no corpo e no fundo do útero. Procedeu-se à histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral. Resultados: o exame histopatológico da peça, que pesou 10.700g, confirmou tratar-se de um volumoso tumor uterino e o laudo confirmou o diagnóstico de leiomioma uterino com degeneração calcificante. Ocorreu deiscência da aponeurose e foi realizada resutura da parede abdominal com implante de tela de polipropileno, recebendo alta hospitalar na semana seguinte. Os leiomiomas são as neoplasias mais comuns do útero. A denominação “leiomioma gigante” é reservada para massas superiores a 10kg de peso. Diferente de outros leiomiomas, a indicação cirúrgica pode se impor após a menopausa, pelo efeito de massa exercido por tais lesões. O diagnóstico histopatológico deve considerar a possibilidade de degeneração sarcomatosa (leiomiossarcoma uterino).



A 23

Título: Como proceder a identificação e biópsia do linfonodo sentinela no câncer de mama?

Autores: Carneiro PCA; Oliveira DP

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Cirurgia, Belo Horizonte – 2005

São apresentadas as técnicas e as táticas da identificação e biópsia do linfonodo sentinela (LS) em pacientes portadoras de câncer de mama. Foi injetada em cada paciente 3,0ml de azul de metileno a 2%, em torno do tumor mamário. Uma massagem da mama foi realizada, da região onde estava o corante em direção à axila. Foi procedida a marcação com o próprio azul de metileno a 2% de uma elipse de pele englobando o tumor para a execução da segmentectomia. Após a remoção da área de interesse, enquanto o patologista avaliava microscopicamente o espécime, a fim de verificar as margens cirúrgicas livres de neoplasia era dissecado o linfonodo sentinela (LS), na axila homolateral. O isolamento do LS foi realizado mediante a incisão da segmentectomia nas lesões dos quadrantes externos e numa segunda incisão transversa na axila, nas lesões dos quadrantes internos. Na maioria das vezes, inicialmente encontrava-se o ducto linfático corado e seguindo-se o mesmo, chegava-se ao linfonodo com o corante (linfonodo azul). Após a exérese do linfonodo, o mesmo era seccionado mediante corte longitudinal em seu maior eixo, ao nível da região hilar, onde o vaso linfático aferente conduz a drenagem linfática do tumor, reduzindo duas superfícies de corte. Cada superfície foi avaliada macroscopicamente e procedido *imprint* em lâminas de vidro e coradas pela técnica de hematoxilina-eosina (H-E). Quando o *imprint* era positivo para células neoplásicas realizava-se o esvaziamento axilar. O azul de metileno é facilmente encontrado e de baixo custo. A positividade do linfonodo sentinela (LS) foi maior quanto maior foi o tamanho do tumor. O azul de metileno mostrou-se um bom corante para marcar o LS e pode ser utilizado na prática clínico-oncológica com grande eficácia.



A 24

Título: Da importância da cirurgia geral para o aprendizado e prática da mastologia

Autor: Paulo César Alves Carneiro

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Mastologia – 2005

O Cirurgião Geral (CG) é um médico com conhecimentos de patologia, de diagnóstico e do tratamento das emergências tratáveis por procedimentos cirúrgicos, mormente no que concerne às urgências. A cirurgia geral permite interpretações dúbias. o exercício desta fascinante especialidade é compatível com o treinamento e a prática de outra especialidade cirúrgica. A sua formação profissional e cultural necessita ser atualizada de modo contínuo. Conhecimentos de antropologia filosófica e de psicologia são importantes, bem como o devido conhecimento e a prática dos princípios éticos para uma melhor relação médico-paciente. Portanto, a formação humanística e filosófica do CG e/ou mastologista não deve ser esquecida. O CG e/ou mastologista deve ter uma sólida formação básica e generalista. É preciso saber reconhecer a doença, indicar a cirurgia e reconhecer as técnicas cirúrgicas, que melhor se apresentam para que haja um tratamento adequado, que propicie a integração do homem ao ambiente social. Para a formação do cirurgião, tornam-se necessários considerável número de pacientes cirúrgicos e o treinamento nos Laboratórios de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. A prática cirúrgica tem por objetivo principal o bem-estar físico e mental do paciente e apenas desse preceito a cirurgia e a medicina merecem ser divulgada e praticada. O exercício profissional do cirurgião e mastologista tem de estar baseado na convicção de que seu objetivo há de ser sempre o outro. Pode-se afirmar que ser um cirurgião não é apenas exercer uma profissão, é missão, é manifestar e cultivar um verdadeiro estado de espírito permanente. Para o cirurgião atingir a sua capacidade plena tornam-se necessários, permanente estudo teórico e intenso treinamento prático, incorporado com esforço, espírito crítico e muita humildade, definidos com precisão nos aforismos de Hipócrates de Cós: “A arte é longa, a vida é breve, a experiência é falha, a oportunidade fugidia e o julgamento difícil”. O cirurgião geral quando se completa, do ponto de vista técnico, em sinopse, as atividades atribuídas a ele são: 1) procedimentos cirúrgicos em nível ambulatorial; 2) cirurgia de superfície não especializada; 3) cirurgia de cabeça e pescoço básica; 4) cirurgia mamária; 5) cirurgia da parede torácica (punções e drenagens torácicas fechadas e biópsia pleural); 6) cirurgia da parede abdominal (hérnias); 7) cirurgia do abdome agudo; 8) cirurgia traumatológica; 9) cirurgia endócrina; 10) cirurgia do aparelho digestório; 11) cirurgia vascular periférica não especializada; 12) amputações urgentes; 13) cirurgia da hipertensão porta e baço; 14) cirurgia ginecológica e urológica básica. É imprescindível a realização de residência médica e cursos de pós-graduação *Lato Sensu* e *Strictu Sensu*. Numa fase de maior maturidade pessoal e científica considero interessante a conquista do título de livre-docente por concurso público de títulos e provas.



A 25

Título: Aspectos históricos do sistema linfático e da pesquisa do linfonodo sentinela em câncer de mama

Autor: Paulo César Alves Carneiro

Local e ano de publicação: XIII Congresso Brasileiro de Mastologia – 2005

A história é muito importante para ser escrita exclusivamente pelos historiadores. Diversos pesquisadores participaram da descoberta do sistema linfático, quer do ponto de vista morfológico, quanto fisiológico, bem como descobertas e recentes avanços da pesquisa do linfonodo sentinela. Gasparo Aselli

(1627) descreveu a circulação linfática do mesentério de cães, mediante dissecação anatômica. Jean Pecquet descobriu o verdadeiro fluxo da circulação linfática até a circulação sanguínea. Descreveu ainda o quilo e o ducto torácico e a terminação desse ducto nas confluências da subclávia e das veias jugular interna. Coube a Bartholin (1653) o emprego primeiro do termo linfático consagrado na literatura médica. Henri François Le Dran (1685-1770) relatou que a progressão do câncer de mama era procedida por meio dos canais linfáticos até os linfonodos regionais. Em 1830, Sappey, mediante a injeção de mercúrio nos canais linfáticos da mama, concluiu que essa circulação era centrípeta, drenando inicialmente para o plexo subareolar e, a seguir para a axila. A marcação dos níveis de Berg (1955) em três níveis da axila (I, II e III) tornou-se clássica em oncologia mamária. As metástases do câncer de mama deveriam seguir do nível I ao III, na medida em que a doença progredisse. Em 1977, Cabanas definiu como linfonodo sentinela (LS), o primeiro linfonodo a receber metástases do tumor primário. Morton, em 1992, publicou a utilização desse método para a identificação do LS no melanoma. Em 1994, Giuliano et al descreveram a localização o LS com isosulfan (corante vital). Krag et al. (1993), identificou o LS no carcinoma mamário. Albertini et al. (1996), publicaram a combinação dos dois métodos para localizar o LS no câncer de mama.



A 26

Título: Acerca da responsabilidade civil do Mastologista e/ou Ginecologista

Autores: Carneiro PCA; Ferreira RCA; Araújo AL; Oliveira DP

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Mastologia – 2005

A Mastologia e a Ginecologia evoluíram de tal modo nesses últimos anos, que a responsabilidade dos mesmos aumentou, obrigando-os a conhecer a fundo, não só a anatomia, como a fisiologia, a patologia, a microbiologia, a psicologia, a ética e a medicina legal. Exigem-se dos bons médicos conhecimentos extraordinários e um grande poder de raciocínio, além de qualidades morais, como a bondade, a dedicação e o interesse pelos seus doentes, a paciência ilimitada, o carinho e a autoridade que lhe confere seu modo de vida pessoal, exemplar, sua inteligência, sua experiência, seu saber. Objetivos: revisar e conscientizar o mastologista e o ginecologista da necessidade da boa relação médico-paciente, bem como as suas conseqüências ético-legais. Material e Métodos: revisão e análise crítica da literatura médica e jurídica. Resultados: não se pode negar a formação de um autêntico contrato entre o cliente e o médico, quando este o atende. Não pairam dúvidas a respeito da natureza contratual da responsabilidade médica. O mastologista e/ou ginecologista devem comprometer-se a tratar o cliente com zelo, utilizando-se dos recursos adequados, não se obrigando, contudo a curar o doente. Será, pois, civilmente responsabilizado somente quando ficar provado qualquer modalidade de culpa: imprudência, negligência e imperícia. Daí o rigor da jurisprudência na exigência da produção dessa prova. Ao prejudicado incumbe à prova de que o profissional agiu com culpa; todavia o juiz pode determinar a inversão do ônus da prova. O médico deve ser cauteloso ao trabalhar simultaneamente com cirurgões plásticos, pois esses assumem a responsabilidade de resultado. Assim, quando são realizados procedimentos cirúrgicos, juntamente com outros especialistas. A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será provada mediante a verificação de culpa. Sempre que o radiologista ou outro especialista deixa de diagnosticar um câncer de mama, o mastologista/ginecologista pode ser apontado como responsável pelo erro. A possibilidade de aumento de frequência de processos por não diagnóstico de câncer mamário, em especial nas lesões impalpáveis e nas pacientes portadoras de mamas densas, também está crescendo pelas novas mudanças verificadas no Direito Civil. Baseado na doutrina da “Chance de sobrevivida perdida”, o mastologista pode ser processado caso um retardo diagnóstico, ainda que não necessariamente capaz de afetar o resultado final, ocasione uma redução ainda mais acentuada das chances de sobrevivida da paciente. Os médicos confiam nos achados mamográficos negativos e não atentam para a possibilidade da mulher jovem apresentar câncer

de mama, bem como ignoram ou não levam em consideração um antecedente familiar. Conclusões: as implicações ético-legais da responsabilidade civil podem gerar múltiplas ansiedades e querelas diversas. É indiscutível que ele deve estar apto para lidar com tais situações, bem como a SBM e a Febrasgo devem possuir uma equipe de assessoramento jurídico competente para os seus associados. O debate sobre este tema deve ser fomentado.



A 27

Título: Acerca da escrita autobiográfica

Autor: Paulo César Alves Carneiro

Local e data de publicação: Congresso da História da Medicina – 2004

O autor faz reflexões sobre o tema autobiografias e biografias de pessoas ilustres (em Medicina e Filosofia); realça o papel da história sobre o indivíduo em particular. O individualismo não se restringe a caracterizar o problema do indivíduo; mais do que isso define a própria atmosfera social do homem contemporâneo. A escrita de uma autobiografia e de uma biografia não é exclusiva de celebridades ou personalidades, mas também do homem comum e do professor universitário, independente de sua área de atuação: Filosofia, História, Medicina ou outra. É parte importante do seu trabalho cotidiano. A autobiografia e a biografia de um intelectual devem tratar necessariamente de suas ações, atitudes e idéias. Dois pressupostos básicos são necessários para a elaboração de uma autobiografia ou biografia: 1- o conhecimento de si próprio. A essência do homem não depende de circunstâncias externas; depende exclusivamente do valor que dá a si mesmo; 2 – o compromisso com a verdade. No século XXI, existe certa obsessão pelo fato biográfico. Escrever uma autobiografia ou biografia é realizar uma obra literária e/ou histórica. A autobiografia não é possível numa paisagem cultural onde a consciência do *self*; propriamente dita, não existe, deixado entrever que a pré-condição cultural para a autobiografia é uma noção disseminada de individualismo, uma percepção consciente da singularidade de cada vida individual. Sente dificuldade em apresentar o seu “eu” de forma impessoal ou, mesmo, enquanto expressão de uma unidade peculiar, como nas grandes obras autobiográficas ou biografias estudadas, consultada e apreciada. O homem – mescla instável de passividade e atividade – deve reinventar-se sempre.



A 28

Título: Obstrução intestinal por ruptura espontânea de feocromocitoma

Autores: Muharre RJ; Carvalho AC; Oliveira MT; Machado GS; Gibbon DR

Local e ano de publicação: XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia – 2005

Os autores relatam o caso de uma paciente atendida no serviço de Emergência do HGB, hipertensa, em tratamento regular com anti-hipertensivos, com quadro clínico de obstrução intestinal segundo anamnese e exames complementares. Levada à laparotomia exploradora, viu-se tratar de hemoperitônio moderado e massa em hipocôndrio esquerdo rota. O exame histopatológico revelou feocromocitoma roto. O tumor é originário de células cromafins da medula da glândula supra-renal e geralmente manifesta-se como hipertensão sustentada ou paroxismos, cefaléia, sudorese, taquicardia principalmente à manipulação. É responsável por 1% das hipertensões secundárias. O hemoperitônio por ruptura espontânea de feocromocitoma é raro, havendo poucas descrições de casos semelhantes na literatura. A apresentação clínica como abdome agudo obstrutivo é ainda menos comum e muitas vezes se manifesta de forma grave podendo associar-se a choque.



A 29

Título: Adenoma de paratireóide mediastinal – relato de caso

Autores: Mattos ELA; Calheiros JPF; Almeida RD

Local e ano de publicação: ainda não publicado

Relato de caso de paciente de 57 anos, portador de insuficiência renal crônica, em acompanhamento regular pelo Serviço de Nefrologia do Hospital Geral de Bonsucesso, cursando com sintomas e sinais clínicos de hiperparatireoidismo. Submetido à investigação laboratorial e radiológica para hiperparatireoidismo, sendo evidenciado tecido paratireoideano ectópico funcionante em mediastino superior e indicada ressecção cirúrgica com excelente evolução pós-operatória do paciente. A peça cirúrgica, após análise histopatológica, confirma o diagnóstico de adenoma paratireoideano ectópico. Os autores abordam também os métodos propedêuticos atualmente empregados para o diagnóstico do tecido paratireoideano ectópico.



A 30

Adenoma de paratireóide ectópico

Autor: Mattos ELA; Calheiros JPF; Almeida RD

Local e ano de publicação: ainda não publicado

Paciente de 57 anos, sexo masculino, em tratamento regular no Serviço de Nefrologia do HGB devido à Insuficiência Renal (IR) desde dezembro de 2002. Durante investigação etiológica da IR, evidenciou-se a presença de história clínica prévia de nefrolitíase de repetição (sete episódios desde a idade de 25anos), aumento do Ca + 2 sérico e múltiplas fraturas de arcos costais. Procedeu-se propedêutica diagnóstica para hipertireoidismo sem evidenciar-se aumento de glândulas paratireóides ao exame ultra-sonográfico. Em 2003, realiza TC de tórax evidenciando a presença de massa em mediastino superior, sendo posteriormente diagnosticada como tecido paratireoideano ectópico por meio de Cintigrafia com SESTAMIBI. Paciente submetido à ressecção cirúrgica de massa mediastinal por meio de esternotomia mediana, com exérese de nódulo encapsulado pardo, liso medindo 6cm de diâmetro e pesando 80g. Evoluindo no período pós-operatório com quadro de pneumonia à esquerda tratada com sucesso, tendo o paciente recebido alta hospitalar no 10.º dia de pós-operatório. Análise histopatológica da peça confirmando o diagnóstico de adenoma paratireoideano ectópico. Atualmente, relatos na literatura indicam que a análise pré-operatória com cintigrafia com SESTAMIBI é capaz de identificar até 92,5% dos pacientes com hiperparatireoidismo primário ou secundário esporádico, quando associada a dosagem intra-operatória do PTH esta taxa pode chegar a 97%. Desta forma oferecendo a possibilidade de procedimentos cirúrgicos menos invasivos, sem necessidade de exploração cirúrgica extensa, seja mediastinal ou cervical.



A 31

Título: Ruptura renal espontânea na síndrome de Budd-Chiari

Autores: Calheiros JPF; Machado ALC; Sá Ribeiro FA; Gonçalves SO; Araújo GMF

Local e ano de publicação: ainda não publicado

Relato de caso de paciente de 18 anos atendido na Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso, portador de Síndrome de Budd-Chiari e Síndrome do Anticorpo Anti-fosfolípido, apresentando hematoma

retro-peritoneal oriundo de ruptura renal espontânea à direita. Paciente submetido ao tratamento cirúrgico com realização de nefrectomia direita. Os autores realizaram uma revisão da literatura disponível em busca da associação entre ruptura renal e síndrome de Budd-Chiari, não evidenciando nenhum relato prévio da presença de ruptura renal espontânea, não associada a mecanismos de trauma, à síndrome de Budd-Chiari.



A 32

Título: Divertículo de ceco perfurado com volvo de sigmóide

Autores: Gabrich R; Muharre RJ; Costa AFMC; Iglesias G

Local e ano de publicação: XXVI Congresso Nacional de Cirurgia – 2005

Paciente masculino, 71 anos, portador de doença de Parkinson, deu entrada na Emergência com quadro de dor abdominal de início súbito, há 48 horas, localizada no andar inferior do abdome, tipo cólica, de média intensidade, que piorava com a alimentação e melhorava parcialmente com o uso de analgésicos. Relatava vômitos, distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes. Após a internação, evoluiu com piora da distensão e da dor abdominal e febre. Ao exame, apresentava-se febril ao toque, desidratado, taquicárdico, taquipnéico, com o abdome tenso à palpação e desconforto doloroso. Ausência de ruídos hidroaéreos. O exame radiológico simples do abdome evidenciou o sinal de Frimann-Dahl, característica do volvo de sigmóide, também chamado de imagem em grão de café. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose discreta com desvio à esquerda. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora com diagnóstico presuntivo de volvo de sigmóide; havia grande distensão de todo o cólon e grande divertículo verdadeiro de ceco perfurado. Foi realizada sigmoidectomia a Hartmann com ressecção do ceco e rafia primária além de apendicectomia. O exame anatomopatológico da peça confirmou a presença de formação sacular medindo 4.5 x 3.0cm com diagnóstico de divertículo verdadeiro de ceco. O paciente evoluiu sem intercorrências. O divertículo verdadeiro de ceco é de difícil diagnóstico e na maioria das vezes o diagnóstico pré-operatório constitui um desafio diante das várias patologias que podem se manifestar com sintomas semelhantes. Neste caso, a perfuração do divertículo como conseqüência de obstrução em alça fechada por volvo de sigmóide, dominou o quadro clínico. O tratamento cirúrgico pode variar de uma simples diverticulotomia até uma hemicolectomia direita, dependendo da extensão do processo inflamatório e da suspeita de câncer.



TL 8

Título: Estudo do rastreamento de obesidade e diabetes na demanda espontânea da Feira de Diabetes do Hospital Geral de Bonsucesso em 2003

Autores: Araújo NBC; Moreira SM; Martins ME; Chaia VL; Cardoso NFR; Afradique MMC;

Perez MA; Moraes CA; Correa ND; Nóbrega HMM

Local e ano de publicação: Anais do Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia Florianópolis – 2004

A obesidade, que vem alcançando proporções epidêmicas mundialmente, tem como sua principal conseqüência o aumento do risco para Doença Cardiovascular Aterosclerótica (DCVA) principalmente pela associação com Diabetes *Mellitus* tipo2. Vários outros fatores de risco para DCVA acompanham a obesidade (hipertensão arterial, dislipidemia e resistência insulínica) compondo a Síndrome Metabólica. Diante das evidências que 50% da variabilidade do peso depende de fatores ambientais justificam-se

campanhas de esclarecimento populacionais. O objetivo do presente estudo foi rastrear e orientar obesos e diabéticos numa população que compareceu à Feira Anual de Diabetes do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB). **material e Métodos:** estudo seccional na demanda espontânea que compareceu à Feira Anual de Diabetes do HGB em novembro de 2003. Os dados foram coletados por meio de entrevista e realização de dosagens da glicemia capilar e dos triglicérides, medidas da circunferência da cintura e do quadril, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e verificação da pressão arterial. O grupo entrevistado foi dicotomizado em diabéticos e não diabéticos contra os quais foram comparadas as variáveis referidas (tabela 1). Um questionário foi elaborado e os dados foram digitados em versão Epiinfo 6.04. **Resultados:** avaliamos 381 indivíduos, sendo a maioria mulheres (290/381 - 76,1%) com média de idade de $48,6 \pm 16,9$ anos. Cerca da metade dos entrevistados estavam em jejum (183/381 - 48%). Foram detectados 67/381 (17,6%) diabéticos e 84/381 hipertensos (22,0%) (gráficos II e III). A média do IMC foi de 27,7 (IMC máximo=45, IMC mínimo=14,5). A média da cintura foi de $92,1 \pm 13,2$ cm (cintura máxima = 132cm, cintura mínima=57cm, Mediana=91,3cm). A média de Relação Cintura/Quadril foi de $0,88 \pm 0,08$. A média da glicemia capilar foi $121,5 \pm 82,9$ mg/dl e dos triglicérides $143 \pm 77,2$ mg/dl. A proporção de diabéticos hipertensos foi superior aos não hipertensos ($p < 0.001$). Ser diabético representou um risco de 3,8x maior de ser hipertenso. A média dos níveis de triglicérides foi significativamente superior nos diabéticos. No sexo masculino, diversas variáveis mostraram-se estatisticamente superiores em diabéticos do que em não diabéticos, o que não aconteceu nas mulheres. A média dos triglicérides foi superior nos diabéticos $167,7 \pm 76,8$ do que nos não diabéticos $137,2 \pm 77,1$ ($p < 0,01$). Examinando a distribuição dos indivíduos quanto ao IMC e circunferência da cintura não observamos diferenças entre diabéticos e não diabéticos (normal em 72% x 68,6% respectivamente). **Discussão:** a detecção de 17,6% de diabéticos e de 22% de hipertensos pode não representar a prevalência dessas patologias na população pela presença de um viés importante de seleção, já que os suspeitos de serem diabéticos e hipertensos são mais propensos a procurarem eventos de rastreamento da doença. A presença de níveis mais altos de triglicérides nos diabéticos era esperada por fazer parte da Síndrome Metabólica. **Conclusão:** apesar do viés de seleção, os diabéticos mostraram risco 3,0 vezes maior de ser hipertensos. A hipertrigliceridemia também foi marcante neste grupo.



A 33

Título: Estudo retrospectivo em pacientes com carcinoma de tireóide de 1973 a 2004 no Hospital Geral de Bonsucesso

Autores: Nóbrega HMM; Araújo NBC; Duarte NC; Cardoso NFR; La Nuez MJFB; Moraes CA; Afradique MMC; Amaral VC; Victorino APOS; Perez MA

Local e ano de publicação: Anais do Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia Florianópolis – 2004

Introdução: o câncer de tireóide é raro, porém é a neoplasia endócrina mais freqüente. Tem prevalência de 4 casos por milhão de habitante e é mais comum no sexo feminino. **Objetivo:** realizar estudo retrospectivo em pacientes com carcinoma de tireóide entre 1973 e 2004, analisando tipo histológico, cirurgia realizada, complicações cirúrgicas, ocorrência de metástases e terapia com radioiodo. **Material e métodos:** avaliamos 74 pacientes, sendo 62 mulheres e 12 homens, consultando prontuários. Nove foram a óbito e 21 abandonaram o tratamento. **Resultados:** dos 74 pacientes, 52 tiveram como tipo histológico papilífero, 14 folicular, 2 medular, 2 anaplásico, 2 de células de Hürthle, 1 insular e 1 medular associado a papilífero. Sessenta e um realizaram tireoidectomia total, 7 tireoidectomia subtotal e 6 sem dados no prontuário. Dezoito apresentaram complicações cirúrgicas, sendo 6 com hipoparatiroidismo e 13 com lesão de nervo recorrente. Dos 44 pacientes ainda em acompanhamento, 16 apresentaram

metástases: 11 ao diagnóstico e 5 evolutivamente. Apesar da radioiodoterapia, 5 persistem com metástases. Vinte e sete têm tireoglobulina negativa, e destes, 20 PCI negativa. Seis têm tireoglobulina alta ainda em pesquisa de sítio metastático. Seis sem dados de controle. Conclusão: o carcinoma papilífero predominou em nossa amostra. A tireoidectomia total e a radioiodoterapia foram os tratamentos de escolha. Dos pacientes acompanhados atualmente, só 5 apresentam metástases confirmadas, o que mostra a importância de um controle adequado no seguimento desses pacientes.



A 34

Título: Estudo retrospectivo em pacientes acromegálicos durante 22 anos no Hospital Geral de Bonsucesso

Autores: La Nuez MJFB; Einsfeld VSG; Araújo NBC; Correa ND; Cardoso NFR; Nóbrega HMM; Moraes CA

Local e ano de publicação: Anais do Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia Florianópolis – 2004

Introdução: a história da acromegalia se reporta a Pierre Marie (1886), que notou o crescimento das extremidades. Desde então, tem sido uma preocupação constante encontrar o tratamento mais efetivo para esta patologia. É uma doença com várias opções terapêuticas, que necessita tratamento prolongado e, a obtenção dos parâmetros de cura é fundamental para o prognóstico. Objetivos: realizar estudo retrospectivo em acromegálicos acompanhados em nosso Serviço, entre 1982 e 2004, analisando as diferentes formas terapêuticas em relação aos critérios de cura. Material e Métodos: avaliamos dez pacientes, nove mulheres e um homem, por meio dos dados clínicos, laboratoriais e exames de imagem. Os critérios de cura utilizados foram os níveis de GH <2,5ng/ml, IGF1 normal para idade e sexo e nadir de 1mg/ml na TOTG. Resultados: nove foram submetidos à cirurgia e a via transfenoidal foi utilizada nos micro e macroadenomas sem comprometimento oftalmológico. Dois pacientes foram reoperados por crescimento tumoral. Nove usaram múltiplas formas de tratamento (medicamentoso, cirúrgico e radioterápico). Dois pacientes morreram por complicações da doença e apenas dois estão curados. Conclusão: embora a cirurgia tenha sido o tratamento de escolha, outros tratamentos foram necessários na busca da cura, o que ainda assim, só foi alcançada em dois casos.



A 35

Título: Pulsoterapia no tratamento de pacientes com oftalmopatia de graves

Autores: Moraes CA; Araújo NBC; Cardoso NFR; Correa ND; La Nuez MJFB; Nóbrega HM. Costa AF MC; Amaral VC; Victorino APOS

Local e ano de publicação: Anais do Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia Florianópolis – 2004

A oftalmopatia é uma condição auto-imune associada à doença de Graves, com gravidade variável independente do grau de disfunção da tireóide. Nos casos graves, a pulsoterapia com corticosteróides é indicada na fase inflamatória. Objetivo: avaliar resposta a um esquema de pulsoterapia para oftalmopatia de Graves. Material e Métodos: observamos 9 pacientes com oftalmopatia, 8 mulheres e 1 homem, submetidos à pulsoterapia. O diagnóstico da atividade inflamatória foi determinado pelo CAS (Clinical Activity Score) associado às alterações da USG e TC de órbita. Sete pacientes estavam no CAS entre 4 e 9 e dois no CAS 10. O pulso foi realizado com 1g de metilprednisolona endovenosa por três dias consecutivos, mantendo-se prednisona, via oral, 20mg/dia entre os pulsos. A maioria dos pacientes foi

pulsada em hipertireoidismo usando antitireoidianos. Três fizeram o tratamento por piora da oftalmopatia pós-radioiodoterapia, apesar do uso preventivo de corticosteróides. Resultados: sete pacientes melhoraram significativamente e os que não obtiveram melhora foram os com CAS 10. Conclusão: o uso de corticosteróides prévio à radioterapia não se mostrou efetivo na prevenção do agravamento da oftalmopatia nestes casos. A pulsoterapia no esquema usado foi eficaz para os pacientes com CAS >4 e <10.



A 36

Título: Carcinoma Papilífero de Tireóide com Evolução Atípica - Relato de caso

Autores: Nóbrega HMM; Araújo NBC; Cardoso NFR; La Nuez MJB; Correa ND; Moraes CA; Miranda NL

Local e ano de publicação: Anais do Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia Florianópolis – 2004

Introdução: o carcinoma papilífero é a neoplasia mais comum da tireóide e apresenta baixa mortalidade, com seu prognóstico influenciado pelas idades extremas, sexo masculino, invasão extra tireoideana e metástases a distância. **Objetivo:** relatar o caso de uma paciente com carcinoma papilífero, com metástases pulmonares ao diagnóstico após 25 anos de evolução. **Métodos:** paciente submetida a tireoidectomia total em 1977 para tratamento de carcinoma papilífero. Já apresentava metástases pulmonares visíveis à radiografia de tórax. Foi posteriormente encaminhada para tratamento complementar com I131, além de terapia hormonal supressora com T₄, o que não realizou abandonando tratamento médico. Em 2002, devido a queixas respiratórias, procurou outro serviço médico onde foram realizados exames complementares e biópsia pulmonar. **Resultados:** os exames radiológicos e a biópsia pulmonar realizados evidenciaram metástases pulmonares de carcinoma papilífero. Feito então, dose terapêutica com radioiodo seguido de terapia hormonal supressiva. Foi considerada fora de possibilidade de novas doses de I131 pelo agravamento das provas funcionais respiratórias após a primeira dose. **Conclusão:** apesar da paciente ter metástases pulmonares ao diagnóstico e não ter sido submetida a qualquer tratamento complementar evoluiu ao longo dos anos satisfatoriamente. Desta forma o que seria um caso comum tornou-se atípico devido à sua evolução inesperada.



TL 9

Título: Estudo sobre a demanda ambulatorial não satisfeita de um hospital terciário da cidade do Rio de Janeiro

Autores: Gomes AQF; Santos AMR; Freire RP; Duarte JGH

Local e ano de publicação: ainda não publicado

A deficiência quantitativa de serviços de saúde no SUS e sua inadequação em relação às necessidades de saúde geram uma grande demanda não satisfeita. Aliado a isto, a dificuldade de articulação do trabalho em rede resulta em baixa responsabilização pelo usuário e deslocamentos desnecessários sem garantia de atendimento. **Objetivos:** conhecer a demanda não satisfeita do hospital, identificando a sua procedência, suas necessidades de saúde, assim como as deficiências da rede SUS, visando a subsidiar a regulação da oferta de serviços e o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência. **Métodos:** estudo quantitativo, transversal, com utilização de dados primários, originados a partir da planilha de encaminhamento ambulatorial do Setor de Informação e Comunicação do hospital, colhidos durante o período de janeiro de 2002 à junho de 2004, totalizando um universo de 1792 registros. **Resultados:** dos usuários entrevistados, 51% eram moradores da própria área programática do hospital e 20% da Baixada Fluminense. Os tipos de atendimento mais procurados foram a necessidade de exames laboratoriais, e consultas em cirurgia geral. A principal unidade de origem

(30%) foi o próprio hospital, notadamente usuários da clínica geral, um serviço que atende a demanda espontânea, seguido da rede básica da área (18%). Conclusão: há necessidade de se estabelecer no SUS um sistema de referência e contra-referência, com formação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, garantindo equidade no acesso e integralidade do cuidado. Evidencia-se também, a importância de se conhecer as necessidades de saúde da população, para redefinição e regulação da oferta de serviços.



TL 10

Título: Retalho de Limberg para correção de defeitos cirúrgicos em diversas localizações

Autores: Horta GM; Fonseca G; Souza DC; Souza AB; Oliveira LF; Fialho MB; Suman ACS; Pinheiro Filho AF; Lofêgo Filho JA; Kohn CAC; Souza PRC

Local e ano de publicação: ainda não publicado

Introdução: o fechamento de defeitos cirúrgicos por meio de retalhos cutâneos é rotina na prática diária do cirurgião dermatológico. O retalho de Limberg ou romboidal pode ser usado para o fechamento de defeitos redondos ou ovais em diversos sítios anatômicos. Após a transformação do defeito inicial em uma área losangular, outro losângulo idêntico é projetado partindo de um dos ângulos de 120° do defeito cirúrgico. Desta imagem em espelho, apenas duas de suas bordas são incisadas uma vez que a terceira já faz parte do defeito cirúrgico e a quarta borda constitui-se no pedículo que nutre o retalho. Após amplo descolamento da região circundante a ferida cirúrgica, o retalho é transposto, ocupando o defeito, permitindo, com o seu movimento, o encontro das linhas excisadas. **Objetivos:** avaliar a versatilidade do retalho romboidal, também conhecido como retalho de Limberg, em oncologia cutânea. **Material e Métodos:** fizeram parte do estudo dez pacientes, com carcinomas basocelular e espinocelular em diferentes localizações, incluindo a face, tronco e região cervical, com defeitos cirúrgicos de diâmetros variando de 1cm a 11cm. **Conclusões:** o retalho romboidal é exequível em diversas regiões anatômicas, sendo bastante versátil e permite fechamento prático de grandes defeitos. Necessita grande atenção durante a marcação e antevisão da movimentação tecidual a fim de evitar tensão na linha de sutura, distorções teciduais e posicionamento de cicatriz fora das linhas de força da pele. O resultado estético é especialmente bom na região lateral do nariz, canto interno do olho, região masseteriana quando a transposição parte da região cervical. As principais complicações foram necrose da ponta do retalho por provável manipulação e estiramento excessivos; deiscência de sutura e cicatrizes parcialmente fora das linhas de força da pele.



TL 11

Título: Tratamento de rinofima com radioeletrocirurgia e dermoabrasão combinadas

Autores: Fonseca G; Horta GM; Souza AB; Fialho MB; Souza DC; Reis WAE; Filho AFP; Lofêgo Filho JA; Kohn CAC; Souza PRC

Local e ano de publicação: ainda não publicado

A rosácea é doença freqüente, crônica, iniciada na terceira e quarta décadas de vida, caracterizada por telangiectasias, eritema, edema, pápulas, pústulas e nódulos, acometendo principalmente mulheres, mas com formas mais extensas e graves vistas nos homens. O rinofima é um intumescimento progressivo do nariz, observado exclusivamente em homens com mais de 40 anos de idade, freqüentemente associado à rosácea,

porém, podendo ocorrer como única manifestação. É devido à progressiva hiperplasia de glândulas sebáceas e tecido conectivo, associado à alteração vascular. Apresentamos três pacientes com rinofima tratados com radioeletrocirurgia e dermoabrasão combinadas, em um único tempo cirúrgico, com excelentes resultados. Os procedimentos foram realizados sob anestesia tumescente local. A colocação de adrenalina na solução anestésica é especialmente importante, uma vez que, a abordagem cirúrgica do Rinofima pode desencadear hemorragia vultuosa em lençol, proporcional à quantidade de teleangiectasias presentes. A hemostasia é complementada com a regulação do aparelho (Wavetronic) no modo 20% de corte e 80% de coagulação. Por meio de uma ponteira com formato de argola a lesão foi submetida a um *shaving* sendo que o refinamento da superfície cruenta remanescente foi complementado com lixas d'água variando do n.º 120 a 240. Não ocorreram complicações e os resultados obtidos repercutiram na qualidade de vida dos pacientes.



P 5

Título: Granuloma facial: resultado terapêutico com triancinolona intralesional: relato de dois casos

Autor: Lena Clarice Vieira Figueiredo (residente da clínica de Dermatologia)

Local e ano de publicação: reunião mensal (mês de julho de 2005) da Sociedade Brasileira de Dermatologia – RJ

Introdução: o granuloma facial é uma doença rara de origem desconhecida caracterizada por nódulos únicos ou múltiplos acometendo a face, podendo aparecer em qualquer área do corpo. Incide em todas as faixas etárias, mas torna-se mais evidente em indivíduos de meia-idade. É mais comum em homens da raça caucasiana. As lesões são notoriamente refratárias à terapêutica, tendo como opções: excisão cirúrgica, 585-nm *pulsed dye laser*, eletrocirurgia, criocirurgia, dermoabrasão, PUVA, dapsona (50-150mg/dia), injeções de triancinolona (associadas ou não a crioterapia). Como novas modalidades terapêuticas, há relatos recentes na literatura do uso de KTP 532-nm *laser* e *tacrolimus* tópico. **Objetivos:** demonstrar dois casos de granuloma facial (diagnósticos realizados por meio da clínica sugestiva com comprovação da histopatologia) com boa resposta ao tratamento proposto. **Material e métodos:** nos dois pacientes, foram realizadas injeções de triancinolona diluídas em lidocaína 2% na proporção de 3:7, com intervalos de 21 dias entre as aplicações, até a melhora clínica das lesões. No caso 1, foram necessárias cinco aplicações, enquanto no caso 2 somente com duas aplicações houve desaparecimento total dos nódulos. **Conclusão:** apesar da notória refratariedade a diversas terapêuticas propostas, concluímos que a adesão do paciente somada aos esclarecimentos objetivos sobre a doença contribuiu de forma importante para o sucesso alcançado.



P 6

Título: Abordagem cirúrgica do carcinoma basocelular localizado no pavilhão auricular

Autores: Lofêgo Filho JA; Fonseca G; Horta GM; Souza AB; Souza DC; Pinheiro Filho AF; Kohn CAC; Souza PRC

Local e ano de publicação: ainda não publicado

Introdução: a escolha apropriada da técnica de reconstrução em cirurgia oncológica situada na orelha externa é de extrema importância para evitar deformidades. A orelha é uma estrutura anatômica peculiar, cuja cartilagem caracteristicamente apresenta diversas saliências e reentrâncias, e é revestida

em determinadas áreas por pele com baixo potencial de distensão. Os movimentos teciduais visando à reconstrução de defeitos cirúrgicos criados após a excisão de neoplasias cutâneas devem ser bem elaborados em virtude da complexidade anatômica dessa região. Objetivo: apresentar quatro pacientes portadores de carcinoma basocelular (CBC) localizados na orelha, tratados com diferentes modalidades de reconstrução, com excelentes resultados estéticos. Relato dos casos: Caso 1 – masculino, 67 anos, exibia CBC ulcerado de 2cm de diâmetro na porção superior da hélix esquerda. Inicialmente foi realizada excisão em cunha da lesão, que acometia a pele e cartilagem subjacente. Houve necessidade de ampliação das margens cirúrgicas devido ao comprometimento evidenciado na análise histopatológica por congelamento. A cirurgia foi finalizada com fechamento primário por planos. Caso 2 – masculino de 63 anos, apresentava CBC ulcerado de 0,7cm na porção superior da hélix esquerda. Realizamos a excisão e fechamento com retalho de avançamento duplo. Caso 3 – masculino, 68 anos, exibia CBC ulcerado mal delimitado, atingindo quase toda extensão da escafa e da borda interna do ramo da hélix direita de aproximadamente 6cm. Realizamos a excisão e o fechamento por retalho de transposição pediculado em dois tempos, oriundo da região retroauricular, com secção e reposicionamento do pedículo após 21 dias. Caso 4 – masculino, 55 anos, apresentava CBC ulcerado de 1,5cm na região inferior da anti-hélix direita. Após a excisão optamos pelo fechamento por segunda intenção. Resultados e Discussão: no caso 1, a excisão em cunha seguida de fechamento primário alcançou bom resultado em virtude do tamanho do defeito ser inferior a 1/3 da orelha. No caso 2, a maior mobilidade da pele da hélix proporcionou o avançamento duplo sem tensão nas linhas de sutura. No caso 3, o retalho de transposição pediculado ofereceu pele suficiente para cobrir o grande defeito criado mostrando-se uma boa alternativa ao enxerto. No caso 4, como em outras regiões côncavas a cicatrização por segunda intenção é favorecida. Conclusão: apesar de ser uma região suscetível a deformidades, a escolha de uma técnica cirúrgica adequada proporciona bons resultados estéticos e funcionais.



A 37

Título: Doença de Darier X Acroceratose Verruciforme

Autor: Ana Frida Azevedo de Hollanda Lima Turiel

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – RJ, junho de 2005

Relato de um caso de paciente feminina, 51 anos, portadora de doença de Darier e Acroceratose Verruciforme; apresentando como sintomas, “caroços no corpo”. Na história familiar, o pai refere ter uma tia materna com quadro cutâneo similar. Ao exame dermatológico, apresentava lesões pápulo-ceratóticas algumas confluentes, com tonalidade que varia do amarelo-acastanhado ao marrom em áreas preferencialmente seboreicas, e presença de lesões na cavidade oral, e pápulas planas similares à verruga vulgar no dorso das mãos. Exames laboratoriais sem alteração, e biópsias de pele da região dorsal apresentando hiperqueratose, acantose, papilomatose, fenda acantolítica suprabasal, corpos redondos e grãos; e de dorso da mão D, com hiperqueratose, papilomatose em torre de igreja, bem características de ambas patologias. A doença de DARIER-WHITE é uma desordem genética rara, AD, com alta penetrância, porém com expressão variável, ligada ao cromossomo 12q23-24.1, onde a mutação em um gen deste, codificando a enzima ATPase cálcio dependente do retículo sarco/endoplasmático (SERCA-2), seria a responsável pelo defeito, embora a patogênese seja desconhecida; de prevalência também desconhecida, estima-se (1:100.000 – Dinamarca e 1:36.000 – norte da Inglaterra); de igual incidência em ambos os sexos, ocorre freqüentemente na terceira década, sendo rara em idosos. Clinicamente manifesta-se por pápulas predominantemente foliculares hiperqueratóticas, untuosas, isoladas ou coalescentes, formando placas verrucosas irregulares ou massas papilomatosas, que em áreas flexurais, tornam-se vegetantes e com odor desagradável. No dorso das mãos observa-se pápulas hiperqueratóticas com

histopatologia específica caracterizando Acroceratose Verruciforme de Hopf, frequentemente associada com Darier, sendo também uma desordem genética rara, AD, acomete igualmente ambos os sexos, geralmente presente ao nascimento ou na primeira infância; é causada pela mutação do gene ATP2A2, evidenciando ser doença de gene alelo ao da doença de Darier. Iniciou-se terapia com retinóide oral e orientações gerais com relação aos fatores que agravam a patologia.



A 38

Título: Síndrome de Ehlers-Danlos

Autor: Estela Mari Sandini (residente da Clínica de Dermatologia)

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – RJ, junho de 2005

Relato de um caso de paciente feminina, 28 anos, portadora da Síndrome de Ehlers-Danlos; apresentando como sintomas, pele flácida, hiperelástica, equimoses freqüentes ao mínimo trauma e luxações articulares de repetição. Na história familiar, a mãe, as duas irmãs e um sobrinho com as mesmas queixas. Ao exame físico apresentava pele aveludada ao toque e hiperextensível, cicatrizes atróficas e hipopigmentadas, sem alteração na mobilidade articular. Exames complementares e histopatológico da pele na coloração hematoxilina-eosina, orceína e gomori normais. A Síndrome de Ehlers-Danlos compreende um grupo de desordens hereditárias do tecido conjuntivo com anormalidades bioquímicas envolvendo o colágeno; sua prevalência não é conhecida (1/5.000 a 1/500.000) e afeta ambos os sexos. Manifesta-se principalmente por hiperelasticidade da pele, contusões fáceis, cicatrizes anormais e hiper mobilidade articular. Classificada em dez tipos de acordo com os achados clínicos: I – achados clássicos acima descritos, prolapso de valva mitral, prematuridade e pseudotumores moluscóides; II – achados semelhante ao tipo I, porém mais leves; III – hiper mobilidade articular evidente, com mínimos achados na pele; IV – aneurisma de aorta e risco de ruptura de vasos de médio e grande calibre, intestino e útero; V – achados semelhantes ao tipo II, mas padrão de herança diferente; VI – alterações oculares, escoliose e hipotonia muscular; VII A/B – apresenta luxação congênita de quadril, hiper mobilidade articular e luxações articulares freqüentes; VII C – pele redundante (comum as hérnias); VIII – problemas dentários; IX – corno occipital, divertículos de bexiga, diminuição do cobre e ceruloplasmina; X – petéquias e defeitos na agregação plaquetária. A paciente do relato de caso foi investigada e classificada como sendo tipo II devido seus achados clínicos. Os achados nos exames complementares dependem do tipo encontrado; e as alterações histopatológicas da pele são geralmente inespecíficas, na maioria dos casos a MO não pode distinguir entre portadores de não portadores e alguns apresentam fibras colágenas finas e desordenadas. Sem tratamento efetivo. As orientações dadas aos pacientes devem ser de evitar atividades físicas de impacto e de repetição para prevenir o desgaste articular, os riscos na gestação (prematividade, baixo peso ao nascer), fisioterapia de reforço muscular, consultas regulares ao cardiologista, oftalmologista e odontologista (de acordo com o tipo), e aconselhamento genético.



A 39

Título: Leishmaniose – lesão recidivante

Autores: Santos CFP; Oliveira Neto MP; Pirmez C; Sales AM; Nery JAC

Local e ano de publicação: Reunião Anual de Dermatologia

Latino-Americanos – maio de 2005

Paciente WPT, 64 anos, masculino, pardo, procedente de Mesquita – Rio de Janeiro. Apresentava duas lesões ulceradas, de superfície úmida e finalmente granular no sulco bálanio prepucial de início recente. História progressiva de leishmaniose tegumentar americana há um ano tratada, no IPEC – Fiocruz com antimonial pentavalente (10mg/kg/dia – por 25 dias) com regressão completa do quadro clínico após o

tratamento. Entre os diagnósticos diferenciais destacamos: donovanose, sífilis, micobacteriose atípica, balanopostite, balanite de Zoom, carcinoma espinocelular e recidiva de leishmaniose. Exames complementares realizados: VDRL -, Anti-HIV-, IDRM = 16mm, cultura para micobactérias atípicas-, cultura para leishmania-, PCR + para leishmania subgênero *viannia*. O exame histopatológico apresentou infiltrado inflamatório misto com reunião de células epitelióides formando as clareiras de Montenegro, confirmando o diagnóstico de recidiva de leishmaniose. Tratamento realizado com antimônio pentavalente (total de 22 ampolas IM - 2.^a, 4.^a, 6.^a feira) com regressão completa das lesões após dois meses de tratamento. Conclusão: as Recidivas por *Leishmania viannia brasiliense*, apesar de relativamente incomuns, ocorrem devido à latência deste parasito no interior de macrófagos. Por disseminação hematogênica, aparecem lesões a distância na pele ou mucosas, em um período de até aproximadamente dois anos. Este caso foi selecionado devido à raridade da forma e do local de surgimento de recidiva de leishmaniose.



A 40

Título: Hiperqueratose neviforme dos mamilos e aréolas: relato do caso

Autores: Reis WAE; Valle GF; Pereira PF; Andrade LC; Taranto E

Local e ano de publicação: Radla XXIV – Reunião Anual de Dermatologia Latino-Americanos, 6 a 9 de maio/2005 – Buenos Aires

Antecedentes: a hiperqueratose dos mamilos e/ou aréolas (HMA) é uma afecção rara e benigna das mamas e foi inicialmente descrita por Tauber, em 1923. Desde então, apenas 43 casos foram registrados até o final de 2001. Sua etiologia permanece desconhecida. Lévy-Franckel classificou esta condição em três categorias: HMA tipo 1, quando a doença é uma extensão de um nervo epidérmico, geralmente unilateral; HMA tipo 2, quando associada a outras dermatoses como ictiose, acantose nigricans, doença de Darier, eczemas crônicos (dermatite atópica) ou linfoma cutâneo de células T; e HMA tipo 3 ou neviforme, quando a afecção é um achado isolado, não relacionado a outras dermatoses ou doenças de base geralmente bilateral, acometendo tipicamente mulheres jovens, caracterizando-se por placas verrucosas e hiperpigmentadas acometendo as aréolas e/ou mamilos. As opções terapêuticas ainda são experimentais, mostrando resultados variáveis incluindo ceratolíticos tópicos (tretinoína, ácido salicílico, ácido láctico), calcipotriol ou corticóides. Em alguns casos, a exérese cirúrgica mostrou-se favorável. Bons resultados foram obtidos com a crioterapia e laser de CO₂. Objetivo: relato de doença de ocorrência rara e avaliação de resposta terapêutica ao uso de tretinoína tópica. Métodos: uma paciente do sexo feminino, 52 anos, parda, casada, apresentou-se com placas verrucosas hiperpigmentadas confinadas em ambos mamilos e aréolas que surgiram há quase 20 anos, durante a gestação de sua quarta filha. Não há história pessoal ou familiar de nenhuma dermatose ou neoplasias malignas. Foram solicitados: hemograma, glicemia, provas de função hepática, tireoidiana e renal, mamografia, exame histopatológico da lesão e avaliação conjunta com a ginecologia/mastologia. Resultados: o exame histopatológico evidenciou pele com epiderme apresentando hiperqueratose ortoqueratótica, papilomatose e acantose; derme com discretos linfócitos perivasculares superficiais. Exames bioquímicos normais. Mamografia sem sinais de malignidade, evidenciando apenas lesão confinada à pele. Foi, então, prescrito creme de tretinoína a 0,025%. A medicação foi interrompida pela paciente após três semanas de uso devido ao aparecimento de dor significativa e fissuras locais que foram aliviados com o uso do creme de dipropionato de betametasona. A paciente se negou a usar qualquer outra modalidade de terapêutica tópica. O caso foi avaliado pela Cirurgia Plástica, tendo sido proposto a exérese das lesões e posterior reconstrução dos mamilos e aréolas. Conclusão: a hiperqueratose neviforme dos mamilos e aréolas é uma doença rara e com opções terapêuticas de resultados variáveis. É prudente a realização de exame físico e propedêutica adequados para afastar outras dermatoses ou neoplasias malignas. O tratamento tópico com tretinoína, geralmente a primeira opção terapêutica em alguns casos descritos no passado, ocasionou reações indesejáveis na paciente em questão. A exérese cirúrgica e posterior reconstrução dos mamilos e aréolas, embora complexa, pode ser uma alternativa promissora.



A 41

Título: Acroceratose verruciforme de Hopf

Autor: Ribeiro JLR; Sandeni SM; Turiel AF; Fidalgo C; Almeida BB

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – 2005

Relato de um caso de paciente masculino, 24 anos, apresentando ao exame dermatológico: pápulas ceratóticas, algumas confluentes formando placas, de cor da pele à marrom, outras hipocrômicas, localizadas principalmente no dorso das articulações metacarpofalangeanas, interfalangeanas e nos cotovelos. No exame histopatológico: hiperqueratose, acantose, hipergranulose, papilomatose com elevações da epiderme em torre de igreja. Quadro este, compatível com acroceratose verruciforme de Hopf. É uma genodermatose, rara, autossômica dominante, mas casos esporádicos podem ocorrer, aparece ao nascimento, infância ou sendo também descrita seu início na idade adulta. As lesões persistem, entretanto são mais perceptíveis após exposição solar prolongada. A única terapia efetiva é a destruição superficial, com crioterapia, laser como o Nd:YAG ou CO₂, excisão com shaving, electrocauterização e aplicação de ácido retinóico.



A 42

Título: Retalhos de avançamento perialar em crescente para correção de tumores da região bucal

Autores: Fonseca G; Horta GM; Souza AB; Fialho MB; Suman ACS; Souza DC; Pinheiro Filho AF; Lofêgo Filho JA; Kohn CAC; Souza PRC

Local e ano de publicação: ainda não publicado

A região bucal é sede freqüente de carcinomas basocelulares e espinocelulares, sendo de correção cirúrgica delicada, pelo grande risco de deformidades. Os defeitos localizados no terço lateral da região labial superior podem ser tratados com o retalho de avançamento perialar em crescente, capaz de fechar defeitos razoavelmente grandes, sem causar deformidade da base alar do lábio ou da comissura oral. O defeito deve ser triangulado com a base em posição superior e uma elipse de pele é delimitada na área paranasal a partir da extremidade lateral do triângulo. De modo semelhante, um triângulo de descarga tecidual é retirado da região lateral ao lábio inferior, utilizando como referencia o sulco lábiomentoniano, que serve para disfarçar a cicatriz. Os dois segmentos de pele retirados, tanto acima quanto abaixo da ferida cirúrgica, permitem o avançamento do retalho e tem sua largura determinada pela quantidade de tecido que se deseja avançar. Apresentamos três pacientes com carcinoma basocelular da região bucal, tratados com retalho de avançamento, com excelentes resultados.



A 43

Título: Retalho V – Y ou em ilha para fechamento de defeitos nasais

Autores: Horta GM; Souza AB; Fonseca G; Souza DC; Oliveira LF; Pinheiro Filho AF; Lofêgo Filho JA; Kohn CAC; Souza PRC

Local e ano de publicação: ainda não publicado

Introdução: o retalho V – Y é dos mais versáteis para o fechamento de defeitos cirúrgicos. Tem sua maior aplicabilidade em locais onde o tecido celular subcutâneo apresenta considerável espessura.

Ele é uma variação do retalho de avançamento sendo confeccionado a partir do deslocamento de um triângulo de pele adjacente em direção ao defeito cirúrgico, com manutenção de um pedículo subcutâneo nutridor do retalho. Casuística: apresentamos três casos, um melanoma e dois carcinomas basocelulares com defeitos de até 1,5cm, os quais foram fechados através de retalho V - Y, sem distorção da arquitetura nasal e com resultados estéticos satisfatórios. Discussão: se o pedículo for muito espesso a mobilidade do retalho será prejudicada e, ao contrário, se muito fino, poderá causar isquemia. Atenção deve ser dada, também, à movimentação do retalho nas linhas de força e proporção adequada entre o defeito e a ilha de pele. A tração excessiva do retalho pode promover estiramento da vasculatura, com sofrimento do retalho e distrofia tecidual. Para que não ocorra um desnivelamento do retalho em relação à pele circunjacente, é imperativo a adequação da altura do defeito e tecido deslocado, que devem ser compatíveis.



A 44

Título: Acroceratose verruciforme de Hopf: relato de dois casos

Autores: Valle GF; Reis WA; Figueiredo LCV; Turiel AFAH; Almeida BB

Local e ano de publicação: Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Dermatologia – 2005

Relato 1 – paciente feminina, parda, 50 anos, casada, do lar, natural e residente no Rio de Janeiro. História clínica: refere aparecimento, há aproximadamente 20 anos, de lesões verrucosas e acastanhadas em dorso de ambos pés associado a prurido moderado. Evoluiu com aparecimento recente de lesões semelhantes em dorso das mãos e cotovelos. Procurou diversos serviços, sem sucesso terapêutico. HFa: nega patologia semelhante na família. Exame Dermatológico: pápulas e placas acastanhadas e hiperkeratóticas localizadas em dorso dos pés e mãos. HD: líquen plano hipertófico, líquen simples crônico, acroceratose verruciforme. Exame Histopatológico: pele exibindo hiperkeratose, áreas de hipergranulose, papilomatose com configuração clássica em “torre de igreja” e acantose leve. A derme mostra fibroplasia e raros linfócitos perivasculares. DC: acroceratose verruciforme. Conduta Terapêutica: diprosalic creme dia + tretinoína 0,025% creme noite + vaselina sólida para hidratação pós banho + filtro solar. Relato 2 – paciente feminina, branca, 57 anos, casada, do lar, natural e residente no Rio de Janeiro. História clínica: iniciou quadro, há aproximadamente 15 anos, com aparecimento de lesões verrucosas em dorso dos pés, sem melhora espontânea ou sintomatologia associada. HFa: nega patologia semelhante na família. Exame Dermatológico: pápulas achatadas e hiperkeratóticas, algumas branco-amareladas, outras da cor da pele localizadas em dorso dos pés. HD: verruga plana, acroceratose verruciforme. Exame Histopatológico: pele exibindo hiperkeratose, áreas de hipergranulose, papilomatose e acantose leve. A derme mostra fibroplasia e raros linfócitos perivasculares. DC: acroceratose verruciforme. Conduta Terapêutica: tretinoína 0,025% creme noite + vaselina salicilada 15% pós banho + filtro solar. Motivo da Apresentação: raridade do quadro cutâneo. Trata-se de uma genodermatose rara, autossômico dominante que se desenvolve na infância, sendo também descrito seu início na idade adulta. As lesões caracterizam-se por pequenas pápulas planas e verrucosas, semelhantes a verruga plana, cor da pele ou marrom, tipicamente no dorso das mãos e pés. Diagnóstico diferencial com as lesões acrais da doença de Darier, epidermodisplasia verruciforme e verruga plana principalmente. Seus achados clássicos na histopatologia são hiperkeratose, acantose, papilomatose com elevações da epiderme em torre de igreja, ausência de fenda acatolítica e atipia celular. A única terapêutica efetiva é a ablação superficial.



A 45

Título: Linfoma não Hodgkin com invasão cutânea*Autores: Valle GF; Reis WA; Fagundes CG; Kohn CAC**Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Dermatologia – 2005*

Os linfomas constituem um grupo de neoplasias originárias do tecido linfóide, representado principalmente pelos linfonodos ou tecidos linfóides associados a mucosas, pele ou outras estruturas. Estes são classificados de acordo com sua origem celular em linfoma de células T e linfoma de células B. História clínica: paciente feminina, parda, 62 anos, solteira, do lar, procedente de Minas Gerais. Evolução de seis meses com lesão tumoral, dolorosa em região inguinal esquerda acompanhada de fistulização em vários pontos drenando secreção e edema de membro inferior esquerdo. Exame físico: edema de membro inferior esquerdo 2+/4+ frio, mole, indolor. Exame dermatológico: lesão tumoral de aproximadamente 15 cm, com sinais flogísticos, flutuações e fistulização com saída de secreção serosa. Exames complementares: hemograma, bioquímica, coagulograma, proteínas totais e frações, EAS, EPF e RX tórax inalterados; TC de abdome e pelve: formação expansiva alongada com densidade de partes moles medindo cerca de 10 x 6cm, estendendo-se da fossa ilíaca direita até a raiz da coxa, exteriorizando-se para o tecido celular subcutâneo, determinando abaulamento da região inguinal, espessamento cutâneo e densificação da gordura em correspondência; exame histopatológico evidenciou denso infiltrado na derme superficial e profunda composto por células mononucleares com núcleos grandes, nucléolos evidentes e com pouco citoplasma; imuno-histoquímica positiva para CD20 nas grandes células confirmando o diagnóstico de linfoma de grandes células B. Tratamento: quimioterapia combinada com regime CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vimentina e prednisona), seis ciclos com intervalos de três semanas. A paciente evoluiu com boa resposta, regressão do tumor após o quarto dia recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. Discussão: o linfoma cutâneo de células B pode ser primário ou secundário, embora possam se apresentar clinicamente semelhantes, o seu comportamento é distinto. Nesse caso, trata-se de uma forma secundária, já que foi demonstrada a origem linfonodal do tumor. A evolução foi satisfatória, com pronta regressão do tumor após o primeiro ciclo de tratamento. Motivo da apresentação: a importância do dermatologista no diagnóstico de neoplasias malignas extracutâneas com metástases ou invasão cutâneas secundárias.



A 46

Título: Paracoccidiodomicose com comprometimento do sistema nervoso central*Autores: Valle GF; Coutinho ZF; Garcia RFS; Souza RA; Valle ACF**Local e ano de publicação: Reunião Anual de Dermatólogos Latino-Americanos – 2005*

A paracoccidiodomicose (PCM), endêmica na América Tropical, tem como agente causal o fungo dimórfico e geofílico *Paracoccidioides brasiliensis*. Trata-se da mais importante das micoses sistêmicas no Brasil, podendo acometer todos os órgãos, sendo os pulmões, linfonodos, mucosa das vias aéreas e digestivas superiores e pele os mais frequentemente acometidos. Identificação: G.N.A, masculino, 42 anos, pardo, trabalhador rural, natural de Sete Lagoas (MG), residente na zona rural de Japeri (RJ). Início há quatro meses com lesão em mucosa oral e amolecimento dos dentes. Há cerca de três meses começou a apresentar crise convulsiva e em seguida evoluiu com hemiparesia direita. Procurou o Inca onde foi diagnosticado Paracoccidiodomicose (PCM) por meio de exame histopatológico de fragmento de lesão oral sendo encaminhado ao IPEC. História pessoal: tabagista desde os 10 anos de idade, etilista social. Ex. físico: lesão ulcerada, finamente granulosa, salpicada de pontilhado hemorrágico, na comissura labial inferior esquerda, com limitação de abertura da boca e sialorréia.

Apresentava também hemiparesia braquio-crural e paresia de VI e VII par à direita; adenomegalia submandibular e cervical. Avaliação nutricional: desnutrição calórica moderada e protéica leve. Exames Complementares: biópsia de fragmento da mucosa labial (INCA): PCM; exame micológico direto de raspado de lesão oral: positiva para PCM; pesquisa de BAAR negativa em três amostras de escarro; sorologia para PCM positiva, 1:16; sorologia anti-HIV e para lues negativos; hemograma: eosinofilia; bioquímica: normal; Raio X de tórax: infiltrado intersticial nos 1/3 médios e superiores de ambos os pulmões; EPF: giardia lamblia. Dosagem de cortisol plasmático pós estímulo com ACTH: dentro dos limites da normalidade. TC crânio: mostra múltiplas lesões arredondadas, com edema perilesional, giriforme e realce anelar após contraste nas seguintes topografia: dorso da ponte com compressão sobre o IV ventrículo, lobo temporal D, tálamo capsular E com compressão sobre III ventrículo, parietal direito, fronto basal e frontal alto à direita. Tratamento e resultados: fluconazol 400mg IV/dia e Sulfametoxazol + Trimetropim - 1200/240mg (3amp.) IV de 8/8 horas por 21 dias, seguidos pela mesma posologia V.O. até a presente data e com pronta recuperação do paciente. Justificativa: este caso mostra a importância da participação do dermatologista, pois, através de lesão de fácil acesso, poder-se-á permitir o diagnóstico preciso de uma doença com comprometimento do SNC proporcionando adequada e pronta intervenção terapêutica com rápida recuperação do paciente.



A 47

Título: Síndrome de Sweet: relato de caso

Autores: Valle GF; Lofêgo Filho JA; Reis WAE; Kohn C; Taranto E

Local e ano de publicação: Reunião mensal SBD – 2004

G.S.P., masculino, 42 anos, branco, solteiro, caseiro, natural do Rio de Janeiro e residente em Saracuruna. QP – “Caroços no corpo e febre”. Há três semanas iniciou quadro de febre alta com calafrios, não aferida, contínua com remissão após AINE, sem sintomas associados. Duas semanas após, evidenciou aparecimento abrupto de lesões vermelhas e dolorosas pelo corpo, que evoluiu com conjuntivite e artralgia generalizada. Nega uso de medicações prévias ou co-morbidades. Ao exame clínico, paciente febril (38,5°C), com hiperemia e congestão conjuntival. Presença de pápulas e placas eritematosas distribuídas em todo o tegumento, exceto palmas e plantas. Algumas placas apresentam formato anular, com centro purpúrico e outras com tendência à confluência, principalmente no dorso. Encontram-se também pseudovesiculações e pústulas. Ao exame histopatológico – Presença de infiltrado inflamatório em faixa e perivascular localizado na metade superior da derme, constituído predominantemente por neutrófilos com linfócitos e presença de leucocitoclasia. Presença de áreas com edema acentuado na derme papilar. VHS: 90mm/h. Conclusão: dermatite difusa superficial compatível com síndrome de Sweet. Conduta Terapêutica – Prednisona 60mg/dia. A Síndrome de Sweet é uma dermatose rara e recorrente, de etiologia desconhecida e mais freqüente em mulheres. Na forma paraneoplásica é semelhante a distribuição entre os sexos. Costuma ser precedida de infecção respiratória uma a três semanas antes do aparecimento das lesões de pele. É caracterizada por placas e nódulos eritematosos, brilhantes e dolorosos associados com febre, artralgias e leucitose. O edema pronunciado pode acarretar o aparecimento de pseudovesiculações e tardiamente podem ser encontradas pústulas e lesões com configuração anular e centro purpúrico (“lesões em alvo”), tem distribuição assimétrica e acomete mais comumente MMSS, face e pescoço. A forma disseminada está mais relacionada à malignidade. Os sintomas sistêmicos que caracteristicamente acompanham a doença são febre e leucitose. Podem ser encontrados também conjuntivite e episclerite. O tratamento consiste na administração de prednisona 30 a 60mg/dia com boa resposta.



A 48

Título: Síndrome de Birt-Hogg-Dubé

Autores: Reis WAE; Valle GF; Pereira CF; Boechat V; Almeida BB

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – 2005

Identificação: S.J.R., 50 anos, feminino, branca, divorciada, cabeleireira, natural e residente na cidade do Rio de Janeiro. QP: “verrugas no corpo”. HDA: relata aparecimento há mais de um ano de numerosas e pequenas lesões distribuídas na porção superior do tronco, pescoço e em ambas as pernas, assintomáticas. HPP: nega doenças importantes. Não tabagista, nem etilista. Não faz uso de medicações de uso contínuo. HF: possui um irmão com lesões parecidas com as dela, não sabe dizer sobre a existência destas lesões nos demais familiares. Hipóteses Diagnósticas: líquen nítido, siringomas, mucinose papulosa. Exame Histopatológico: tricodiscoma, sugerindo acrocórdon. DC: síndrome de Birt-Hogg-Dubé. Foi proposto o uso da eletrocirurgia de radiofrequência utilizando corrente totalmente amortecida (80% de coagulação e 20% de corte) com o eletrodo positivo em forma de agulha, utilizando potência de 1%. A paciente foi encaminhada à Gastroenterologia para pesquisa de polipose intestinal. Foi realizado US abdominal para afastar neoplasia renal, porém o exame foi normal. Discussão: embora os fibrofoliculomas e os tricodiscomas possam surgir de forma isolada e esporadicamente, a ocorrência de ambas as lesões em grande quantidade e associadas à presença de acrocórdons é denominada Síndrome de Birt-Hogg-Dubé, afecção de possível transmissão autossômica dominante. Acomete em geral adultos de meia-idade, sem predileção pelo sexo. Ambas as lesões são descritas como tumores mesenquimais benignos raros do folículo pilossebáceo. O fibrofoliculoma tem sido classificado como um hamartoma fibroepitelial relacionado ao infundíbulo folicular. Acredita-se que o tricodiscoma possa derivar ou mimetizar o disco piloso que consiste em um mecanorreceptor presente na derme papilar associada a uma epiderme rica em células de Merkel, encontrada na pele de animais e, similarmente, na pele humana. Recentemente estas lesões têm sido interpretadas como diferentes estágios evolutivos de um mesmo tumor com diferenciação sebácea, denominado mantoleoma. Alguns autores relataram a tendência da concomitância desta síndrome com polipose intestinal e algumas neoplasias de órgãos internos como carcinoma renal. O tratamento de escolha para lesões isoladas é a exérese cirúrgica. Para múltiplas lesões o laser de CO2 mostrou ser o método mais eficaz.



A 49

Título: Dermatite herpetiforme

Autores: Reis WAE; Valle GF; Pereira PF; Almeida BA

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – 2004

Identificação: C.S.F.S, feminino, 11 anos, parda, estudante da 6.ª série do ensino fundamental, natural e residente na cidade do Rio de Janeiro. HDA: paciente relata aparecimento, há seis meses, de lesões intensamente pruriginosas na pele do tronco, membros superiores, cabeça e pescoço. As lesões eram formadas por pápulas e vesículas, muitas delas agrupadas sobre base eritematosa, algumas escoriadas levando à formação de crostas. Com a cicatrização surgiram hipopigmentações pós-inflamatórias, sobretudo no dorso. A doença evoluiu com períodos de remissão parcial e exacerbação. A paciente não informa relação entre a piora das lesões e a ingestão de alimentos como pães e massas, nem a ocorrência de diarreia após ingestão destes alimentos. Sem comprometimento sistêmico. Afora o quadro cutâneo, encontra-se atualmente hígida. HF: nega história familiar de doenças graves. Nenhum dos familiares apresenta lesões semelhantes às da paciente. HD: dermatite de contato alérgica, dermatite atópica, dermatose por IgA Linear, dermatite herpetiforme. Exame Histopatológico: pele exibindo vesícula subepidérmica preenchida por plasma e polimorfonucleares neutrófilos e eosinófilos. Presença de microabscessos nas papilas dérmicas adjacentes às

vesículas e infiltrado inflamatório perivascular superficial acentuado constituído por linfócitos, neutrófilos e eosinófilos. Imunofluorescência Direta (IF): presença de depósitos granulares de IgA concentradas no topo das papilas dérmicas. Exames Laboratoriais: hemograma, coagulograma e íons normais. Glicemia, uréia, creatinina e urina rotina normais. Provas de função tireoidiana e hepática normais. EPF: negativo. Pesquisa qualitativa de gorduras fecais: negativo. IgA anti-endomísio: positivo. Conduta terapêutica: iniciado Dapsona 50mg/dia. A paciente está sendo acompanhada pela gastroenterologia e encaminhada à Nutrição para dieta isenta de glúten. A dermatite herpetiforme ou dermatite de Duhring descrita inicialmente em 1884, é uma dermatose bolhosa crônica recidivante associada, em quase todos os casos, à enteropatia sensível ao glúten (doença celíaca) clínica ou, mas comumente, subclínica. Há um componente genético acentuado demonstrado pela alta incidência de HLA-B8, HLA-DR3 e HLA-DQw2 na população acometida. A precisa relação patogênica entre a pele e intestino não está ainda bem esclarecida mas ambas as lesões cutâneas e intestinais diminuem significativamente com dieta isenta de glúten. É mais comum na faixa etária de 30 a 40 anos, pode ocorrer em crianças e incide duas vezes mais no sexo masculino em relação ao feminino. Em geral, a biópsia realizada na pápula eritematosa inicial firma o diagnóstico. Entretanto, o melhor exame para confirmar a doença é a imunofluorescência direta realizada na pele aparentemente normal ou ao redor das lesões cutâneas. A doença pode prolongar-se por alguns anos mas um terço dos pacientes entra, por fim, em remissão espontânea. Há uma resposta dramática com o uso de dapsona na dose inicial de 100 a 150mg/dia, possibilitando redução gradativa para 50 a 25mg/dia. Em alguns casos, bastam 50mg duas vezes na semana. Na impossibilidade da dapsona administrar sulfapiridina na dose de 1,0 a 1,5g/dia. Indesejáveis são as hiper/hipopigmentações pós-inflamatórias que podem permanecer, oferecendo dano estético ao paciente.



A 50

Título: Endometriose cutânea

Autores: Reis WAE; Valle GF; Pereira PF; Lofego JA; Almeida BB

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – 2004

Identificação: C.P.G, feminino, 47 anos, branca, casada, do lar, natural e residente na Cidade do Rio de Janeiro. QP: “Caroços no umbigo”. HDA: aparecimento, há aproximadamente seis meses, de dois nódulos no umbigo com aumento lento e progressivo de tamanho, sobretudo no período menstrual em que se tornam também bastante dolorosos, exibindo sangramento leve e distensão abdominal concomitante. Nega febre, perda de peso. Não há queixas de dispareunia, dismenorréia ou dor pélvica crônica. HPP: hipertensa em uso de hidroclorotiazida 50mg/dia. Fazia uso de anticoncepcional oral por 12 anos tendo interrompido há um ano devido à piora da hipertensão. Nega outras patologias importantes. Não faz uso de outras medicações. Não etilista/tabagista. Submeteu-se a duas cesarianas – G2P2A0. HF: nega história familiar de neoplasias malignas ou de outras doenças importantes. Não há relato de lesões semelhantes em seus familiares, nem de infertilidade. HD: Endometriose cutânea, quelóide, neoplasias, metástase cutânea. Exame Histopatológico: pele exibindo estruturas glandulares inclusas em um estroma proeminente e vascularizado, compatível com tecido endometrial ectópico. Conduta Terapêutica: a paciente foi encaminhada ao serviço de Ginecologia para avaliação e rastreamento de endometriose pélvica e abdominal. Baseando-se nos sinais e sintomas, preconiza-se a realização de videolaparoscopia para estadiamento e cauterização dos focos e/ou retirada de endometriomas. Tratamento clínico com acetato de medroxiprogesterona oral (30mg/dia) ou injetável (150mg a cada 3 meses) ou análogos de GnRH por seis a 12 meses. O tratamento definitivo é a ooforectomia bilateral, retirando por completo o estímulo estrogênico. Endometriose é a presença de tecido endometrial-símile fora da cavidade uterina (ectópico) sendo encontrado na maioria das vezes na pelve (ovários, ligamentos redondos, largos

e útero-sacos, fundo de saco de Douglas) ou em outros locais (intestino, pulmões, retina, umbigo, linfonodos, cérebro). Ocorre em cerca de 3 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, sendo que de 1 a 2% destes casos localiza-se em região extra-pélvica. Está associada principalmente à dor pélvica crônica, dismenoréia, dispareunia e à infertilidade (25-35% dos casos de infertilidade). A etiologia é desconhecida. Algumas teorias foram postuladas: (1) Teoria da Implantação: semeadura de células endometriais com capacidade de implantação na cavidade pélvica por meio da menstruação retrógrada. (2) Teoria da Indução: células peritoneais indiferenciadas se transformariam em células endometriais por meio de estímulos desconhecidos. (3) Iatrogenia: implantes ectópicos secundários a procedimentos cirúrgicos: cicatrizes de cesariana, episiotomia. (4) Disseminação Linfática: transporte de fragmentos de endométrio através dos vasos linfáticos para órgãos a distância. A endometriose extra-pélvica, embora assintomática na maioria das vezes, deve ser suspeitada quando há dor cíclica e/ou massa palpável fora da pelve que aumenta de volume durante o período menstrual, confirmada pela biópsia das lesões. Uma propedêutica adequada deve ser realizada para afastar a doença nas localizações mais comuns através do exame ginecológico na época da menstruação, ultrassonografia transvaginal e a videolaparoscopia que permite a visualização de lesões menores, a biópsia e a destruição das lesões.



A 51

Título: Folliculite perforante

Autores: Reis WAE; Valle GF; Pereira PF; Almeida BB; Lofêgo JA

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – 2004

Identificação: R.C.O, feminino, 24 anos, negra, solteira, natural e residente na Cidade do Rio de Janeiro. QP: “Feridas no corpo”. HDA: aparecimento, há quatro anos, de lesões distribuídas pelo tronco e nádegas. Iniciam-se como pequenas pápulas assintomáticas, algumas evoluem para nódulos que, ocasionalmente, drenam secreção serosa. Há períodos de exacerbação e acalmia. Não há repercussão no estado geral da paciente. HPP: paciente portadora de síndrome de Down. Passado de internação há oito anos por pneumonia bacteriana com boa resposta ao tratamento. Não há relato de outras doenças graves ou cirurgias. Não faz uso de medicações de uso contínuo. HF: não há doenças graves presentes na família. Nenhum dos familiares apresenta lesões semelhantes às da paciente. Exames laboratoriais: a paciente compareceu à consulta portando os seguintes exames: hemograma: leucocitose (11.100cels/mm³) e neutrofilia (65%) discretas. Glicemia: normal. HD: folliculite bacteriana, furunculose, ceratose pilar, dermatose perforante. Exame Histopatológico: pele exibindo folículo piloso dilatado e preenchido por tampão de queratina, debris celulares e numerosos neutrófilos. Há ruptura do epitélio folicular com infiltrado inflamatório misto e liberação de fragmentos de queratina na derme, ocasionando reação inflamatória do tipo corpo estranho. DC: folliculite perforante. Conduta terapêutica: loção de uréia 10% + ácido salicílico 3%, sabonete de enxofre + ácido salicílico, compressas de KMnO₄ para lesões ulceradas. Está sendo avaliada a possibilidade do uso de isotretinoína oral. Descrita em 1968 por Mehregan e Coskey, a folliculite perforante faz parte do grupo das dermatoses perforantes, sendo os exemplos clássicos a doença de Kyrle, Elastose Perforante Serpiginosa, Colagenose Reativa Perforante e Dermatose Perforante Adquirida, esta última relacionada à diabetes e insuficiência renal crônica. Nessas dermatoses há ruptura do limite dermo-epidérmico por fenômenos patológicos originados na epiderme ou derme, com eliminação de material tissular alterado através de canais epidérmicos (eliminação transepidérmica). A etiologia dessas doenças permanece desconhecida. Na folliculite perforante a ruptura da parede folicular é considerada o evento patogênico inicial. Admite-se possível papel etiopatogênico do formaldeído livre presente nos tecidos das roupas ou, ainda, possível perfuração dos folículos por pêlos curvos. Não há um tratamento específico para a doença. Ceratolíticos tópicos, tretinoína tópica, isotretinoína oral e PUVA podem ser benéficos.



A 52

Título: Lesão tumoral a esclarecer em parede abdominal

Autores: Reis WAE; Valle GF; Sandini E; Figueiredo L; Almeida BB

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – 2005

Identificação: J.A.C., 43 anos, masculino, negro, casado, comerciante, natural e residente na cidade do Rio de Janeiro. QP: “caroço na barriga”. HDA: relata aparecimento, há aproximadamente três anos, de pequena lesão nodular localizada na fossa ilíaca direita, indolor, de crescimento lento e progressivo. HDA: nos últimos três meses passou a sentir leve desconforto abdominal ocasional, sem demais queixas. Procurou auxílio médio devido ao tamanho alcançado pela lesão. HPP: nega doenças importantes. Tabagista há 20 anos (cinco cigarros/dia), etilista social. Não faz uso de medicações de uso contínuo. HF: nega familiares com doença semelhante a dele. Pai falecido por cardiopatia. Desconhece casos de câncer na família. Hipóteses Diagnósticas: dermatofibrossarcoma protuberante, fibrossarcoma, linfoma cutâneo de células B, hérnia de parede abdominal. Exames de Imagem: imagem sacular com debris em seu interior, apresentando movimento peristáltico, sugestivo de hérnia de parede abdominal com abertura aponeurótica. DC: hérnia de parede abdominal – hérnia de Spigel, encarcerada. CD: paciente encaminhado à Cirurgia Geral. Submetido à ressecção da alça intestinal encarcerada e anastomose intestinal no mesmo tempo operatório. A peça cirúrgica ressecada foi enviada para exame histopatológico. Discussão: a hérnia de Spigel é uma hérnia de parede abdominal rara, acometendo mais freqüentemente homens entre a 4.^a e 7.^a décadas de vida. Ocorre ao nível da linha de Spigel onde a parede abdominal é recoberta pela fásia transversal e a aponeurose dos músculos oblíquos interno e externo, sendo uma área sujeita à herniação pela passagem dos nervos intercostais anteriores em seu trajeto entre os mm. oblíquos em direção ao músculo reto abdominal. Este tipo de hérnia deve ser abordado precocemente, pelo risco freqüente de encarceramento.



A 53

Título: Lesão Cutânea de Carcinoma Renal

Autores: Reis WAE; Valle GF; Pereira PF; Almeida BB

Local e ano de publicação: Sociedade Brasileira de Dermatologia – 2005

Identificação: L.C.R., 55 anos, masculino, negro, casado, motorista de ônibus, natural e residente na cidade do Rio de Janeiro. QP: “tumor na barriga”. HDA: paciente portador de carcinoma renal submetido à nefrectomia, à esquerda, em agosto de 2004. Procedimento cirúrgico sem intercorrências. HDA: passados quatro meses notou aparecimento de lesão sobre a cicatriz cirúrgica, de crescimento rápido, indolor e de fácil sangramento. Internado na enfermaria da Nefrologia do HGB para avaliação. Solicitado parecer da Dermatologia. HPP: tabagista há 30 anos. Hipertenso grave desde os 25 anos de idade com desenvolvimento de insuficiência renal crônica aos 40 anos. Após nefrectomia à esquerda tornou-se dependente de hemodiálise. Carcinoma renal do tipo células claras com invasão tumoral apenas da gordura perinéfrica sem acometimento linfonodal. HF: muitos familiares paternos portadores de HAS. Não há relato de neoplasias malignas na família. Hipóteses Diagnósticas: metástase cutânea de carcinoma renal, implantação cutânea peroperatória de carcinoma renal, outras metástases cutâneas (pulmão, cólon), carcinomas cutâneos primários: CBC, CEC, fibrossarcoma, carcinoma de células de Merkel, melanoma amelanótico. Exames Laboratoriais e de Imagem: Rx Tórax, TC tórax: sem evidências de metástase pulmonar. TC abdome: massa tumoral localizada em flanco esquerdo, confinada à

parede abdominal. Cintilografia óssea: sem evidências de metástases ósseas. DP: implantação cutânea peroperatória de carcinoma renal. CD: transfusão de 600ml de papa de hemácias. Antibioticoterapia com Clindamicina oral 150mg 6/6hs. Exérese ampla da lesão tumoral sob anestesia geral. No sexto dia pós-operatório o paciente apresentou febre, hipotensão e piora importante da função renal. Trocado antibioticoterapia para vancomicina 1g IV a cada 4 dias orientada pela hemocultura (crescimento de *S. aureus* resistente à Metilina). Evoluiu para choque refratário a aminas e óbito no 10.º dia pós-operatório. O carcinoma de células renais é tipicamente diagnosticado durante a sexta e a sétima décadas de vida. Afeta mais homens que mulheres na proporção de 3:2. As metástases mais freqüentes ocorrem nos pulmões (50%), ossos (49%) e pele (11%), esta última acometendo mais freqüentemente o couro cabeludo. No presente caso a melhor hipótese é de que a lesão cutânea tenha ocorrido por implantação de células cancerosas na parede abdominal no peroperatório. O tratamento padrão para a doença localizada é a nefrectomia radical. As metástases localizadas podem ser ressecadas com melhora da sobrevida do paciente. A radioterapia antes ou depois da nefrectomia, não tem benefício comprovado. Os agentes quimioterápicos têm pouca ou nenhuma atividade no carcinoma de células renais.



TL 12

Título: Perfil do enfermeiro admitido no Serviço de Enfermagem de um hospital público federal

Autor: Andrade VRL

Local e ano de publicação: CBFENF – 2004

O presente trabalho tem como objeto a participação no Projeto de Estudo “A identificação dos enfermeiros admitidos na Divisão de Enfermagem do HGB/MS”, no período de 1998 a 2002. Levantamos como problema que alguns enfermeiros “admitidos” no serviço de enfermagem, não têm perfil para atuação em unidades especializadas. Hipótese: a inexistência de dados dos enfermeiros lotados no serviço. Objetivo: caracterizar o perfil do enfermeiro do HGB/MS, “admitido” nos últimos cinco anos, no aspecto socioacadêmico, por meio de um estudo exploratório com abordagem histórico social e participar do projeto da ABEn/RJ, IES e Serviços de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro. A contribuição/justificativa do estudo é a construção de um banco de dados dos enfermeiros que fazem parte da força de trabalho, egressos das Instituições de Ensino Superior. Esses dados servirão para uma análise da formação e sua compatibilidade com as necessidades do mercado de trabalho e do perfil epidemiológico da região geográfica. Os enfermeiros especialistas por meio de dinâmica de investigação (pesquisa), experiência, supervisão e formação contribuem de forma significativa, fornecendo dados quali e quantitativos, integrando-se ao generalista no planejamento/execução da assistência. O enriquecimento dessa união especialista – generalista torna o “cuidar” um conceito unificador da Ciência de Enfermagem. Conclusão: estas áreas poderão reverter em benefícios para o cuidado do cliente, como resultado do desenvolvimento de capacidades novas ou preexistentes, levando a uma expansão positiva do papel do enfermeiro generalista. Estas informações utilizadas de modo racional levariam a práxis da enfermagem com competência técnica, visão ética e humanista. Esperamos desenvolver o projeto de estudo, junto com a ABEn /RJ, Instituições de Ensino Superior e os Serviços de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro na formação do banco de dados dos enfermeiros egressos das escolas no ano de 2004. Esses dados servirão para uma análise da formação e sua compatibilidade com as necessidades do mercado de trabalho e do perfil epidemiológico da região geográfica.



A 54

Título: Projeto de curso de especialização de enfermeiros em Nefrologia nos moldes de residência em enfermagem em hospital público federal*Autor: Andrade VRL**Local e ano de publicação: V CBCENF – 2003*

O presente trabalho destaca a tentativa eminentemente concentrada na modernização e no aperfeiçoamento das técnicas de enfermagem. Surge a necessidade do profissional capacitado em áreas especializadas como Nefrologia, Neonatologia e cuidados intensivos. Diante de tal quadro, priorizamos a sistematização do Curso de Especialização de Enfermeiros em Nefrologia no HGB/MS. O Ministério da Saúde tem convênio com a Unirio, onde se desenvolverá a formação didática/pedagógica; o desenvolvimento técnico/prático se realizará na UTR do HGB/MS, unidade esta, de referência nacional em assistência ao cliente com patologias nefrológicas. Problema: por que os residentes de enfermagem do Ministério da Saúde não se especializam em áreas específicas? Hipótese: a inexistência de curso de especialização para enfermeiros em áreas específicas com especialidade em Nefrologia, nos moldes da Residência no Estado do Rio de Janeiro. Objetivos: introduzir a sistematização da assistência de enfermagem em Nefrologia; contribuir na formação técnica – científica do profissional enfermeiro para atuação na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças renais; desenvolver no profissional de enfermagem pensamento crítico e reflexivo sobre as políticas de saúde em atenção ao doente renal; estimular a pesquisa para subsidiar a prática profissional. Metodologia: o curso absorverá enfermeiros do 2.º ano de Residência em Enfermagem do convênio MS/Unirio, interessados em especializar-se em Enfermagem Nefrológica. A seleção será de acordo com a classificação geral no concurso da Residência em Enfermagem. Prova teórica, com conhecimentos básicos da graduação sobre Nefrologia. Entrevistas dos aprovados. Serão oferecidas seis vagas. O curso deverá ter a duração de 11 meses. A carga horária total do curso será de 60 horas semanais, distribuídas na assistência, atividades teóricas e de extensão e pesquisa, totalizando 2.760 horas no segundo ano. O corpo docente será composto por profissionais do HGB e do Ministério da Saúde envolvidos na elaboração e na execução do curso e convidados. A avaliação será bimestral, com avaliações teóricas e práticas (média mínima de 7,0) observando-se a avaliação qualitativa de desempenho prático. Ao término do curso o alunado deverá apresentar monografia desenvolvida no HGB, sobre temas relevantes e inseridos nas linhas de pesquisa existentes na instituição. Conclusão: os enfermeiros especialistas encontram-se em posição ideal para melhorar as capacidades dos enfermeiros generalistas por meio de investigação (pesquisa), experiência, supervisão e formação. Estas áreas poderão reverter em benefícios para o cuidado do cliente, como resultado do desenvolvimento de capacidades novas ou preexistentes, levando a uma expansão positiva do papel do enfermeiro generalista. A relação entre o enfermeiro especialista e o generalista deve ser interativa, de tal forma que a informação possa ser disseminada eficazmente, ultrapassando eventuais barreiras.



A 55

Título: Curso de atualização para técnicos e auxiliares de enfermagem em hospital público federal*Autor: Andrade VRL; Ribeiro M**Local e ano de publicação: XIX Senaden – 2005*

Trata-se de um relato de experiência da autora, como coordenadora dos estágios de enfermagem do Ceap/HGB/MS – RJ. O interesse surgiu por conta da procura constante por parte de

técnicos e auxiliares de enfermagem recém-formados em busca de um “estágio voluntário” com a finalidade de desenvolvimento técnico, visto que não se sentiam seguros só com os estágios curriculares oferecidos pelas escolas de formação do curso de técnico de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem e que os mesmos não os preparavam o suficiente para atuarem com desenvoltura em futuros “empregos”. O Ceap e a Divisão de Enfermagem resolveram criar o Projeto do Curso de Atualização para Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, objetivando oferecer ao grupo que procura o hospital a oportunidade de desenvolver-se tecnicamente em setores específicos como: Clínica Cirúrgica e Médica, Maternidade, Emergência e UTR. Problema: por que os técnicos e auxiliares de enfermagem procuram “estágios” após conclusão dos cursos profissionalizantes? Hipótese: ineficácia do estágio curricular na formação profissional. Objetivo: analisar as razões da procura por estágios voluntários de recém-formados nos cursos de nível médio. Contribuição do estudo: capacitação técnica do profissional de enfermagem (técnico e auxiliar de enfermagem) para atuação no “cuidar” da clientela nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico. Metodologia: instituímos um período de inscrição, normalmente trinta dias, para realização de prova de seleção. O número de vagas oferecidas é de vinte e cinco, são selecionadas as trinta maiores notas para a realização das entrevistas que são realizadas em dois dias subsequentes ao resultado da seleção. Durante a entrevista ressaltamos a importância da dedicação/responsabilidade e compromisso com a clientela do nosso hospital, pois os mesmos são acompanhados pela equipe de enfermagem do setor. Relembramos também seu comportamento ético profissional, pois o mesmo é regido pela Lei do Exercício Profissional. Exigimos os seguintes documentos: cópia xerográfica do Coren, seguro contra acidentes pessoais, cópia do certificado ou declaração de término do curso de técnico ou auxiliar de enfermagem, *curriculum vitae* e duas fotos 3x4 para preenchimento de ficha de identificação do Ceap e do crachá de identificação do aluno no hospital. O cursista é orientado que só poderá participar de no máximo dois cursos que devem ser desenvolvidos em áreas/setores diferentes. O curso é formado por uma carga horária teórico-prática de 30 horas na primeira semana do curso, quando os alunos assistem aulas ministradas pelos Residentes de Enfermagem do hospital. As aulas têm como objetivo principal de levá-los à sistematização da assistência de enfermagem e principalmente tirar dúvidas e oportunizar a formação de grupo, já que eles são egressos de cursos/escolas diversas e inclusive de municípios diferentes. A carga horária semanal é de 20 horas semanais, perfazendo um total de 240 horas em três meses de curso. Conclusão: o curso traz benefícios para os profissionais que se capacitam e a unidade hospitalar que recruta os melhores cursistas para seu quadro de pessoal.



TL 13

Título: O cuidar de enfermagem à criança vítima de violência intrafamiliar: um compromisso social com base na formação profissional

Autores: Oliveira TJ; Rodrigues BMRDR

Local e ano de publicação: 9.º SENADen – Natal – 2005

Pela minha experiência em cuidar de crianças vítimas de violência intrafamiliar, observei a falta de uma atenção específica para com essas crianças. Essa inquietação levou-me a um caminhar na perspectiva dos cuidadores, captar as suas experiências no cuidar a criança vítima desse tipo de violência, o que se constituiu no objeto de estudo. O objetivo foi o de apreender o típico da ação do cuidar de crianças vítimas de violência intrafamiliar, cujos sujeitos foram os enfermeiros da Clínica Pediátrica de uma Instituição da rede pública, no Rio de Janeiro. A abordagem qualitativa com ênfase na Fenomenologia Sociológica de Alfred Schütz me proporcionou entender que o cuidar desenvolvido pelo

enfermeiro deve ser percebido como uma ação social. Utilizei a Teoria de Jean Watson que chama a atenção para que os profissionais sejam ontologicamente e tecnicamente competentes para atingir novos modelos a partir das características essenciais da experiência. A entrevista fenomenológica foi a técnica utilizada para a apreensão das falas, com a questão orientadora: como você tem atendido crianças vítimas de violência intrafamiliar, tendo em vista o cuidar em enfermagem para estas crianças? A interpretação do típico da ação dos enfermeiros nos mostrou características intersubjetivas, inseridas no mundo do cotidiano, voltadas para projetos futuros, mas, com influências significativas de experiências e vivências anteriores. O típico da ação do enfermeiro que cuida de crianças vítimas de violência intrafamiliar estabeleceu-se como aquele respaldado na conquista da confiança visando à aproximação; na observação para poder interferir; no acolher a criança não a discriminando; no fazer parte de um grupo multiprofissional necessitando de preparo para esse tipo de atendimento e que envolva a família nesse cuidar. Como? Compreendendo o ato da violência, respeitando os sentimentos da criança vitimizada, relatando dificuldades em atuar na situação de violência, que traz sofrimento para o enfermeiro, destacando a violência como um problema social que em alguns momentos é banalizada. Destaco que ao cuidar de crianças vítimas de violência o enfermeiro deve estar alerta para atender não apenas ao preconizado nos Programas de Saúde, mas, sobretudo pautado nas reais necessidades das crianças e suas famílias, não se esquecendo do profissional envolvido neste processo. No meu entendimento, a formação do profissional para lidar com essa situação deve se dar de modo contínuo, desde a graduação e após isso com atividades como grupos de pesquisa institucionais, cursos de atualização, estudo de casos, debates, oficinas de sensibilização, dentre outros e na perspectiva do seu compromisso social.



P 7

Título: Complicações com acesso vascular provisório para hemodiálise Abordagem da equipe de enfermagem

*Autores: Saraiva MP; Dutra RC; Freitas DA; Moraes LD; Motta HM; Overner VG; Soares MLS
Local e ano de publicação: X Encontro Paulista de Enfermagem em Nefrologia – Centro de
Eventos Socesp – Campos do Jordão – 2005*

Introdução: os cateteres de duplo lúmen são amplamente utilizados em hemodiálise, principalmente em situação de urgência dialítica. Porém, o uso prolongado deste acesso aumenta a frequência de complicações. **Objetivo:** acompanhar o uso do cateter de duplo lúmen nos pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. Analisar as complicações decorrentes do uso prolongado desses caracteres. **Propor** alterações no protocolo de enfermagem para manutenção do acesso vascular. **Metodologia:** estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado num período de agosto/04 – abril/05 no serviço de hemodiálise de um hospital geral no Rio de Janeiro. Foram analisadas as complicações decorrentes do uso prolongado do cateter de duplo lúmen, tendo como principal instrumento um protocolo de acompanhamento de acesso vascular, implantado pela equipe de enfermagem deste serviço. **Resultados:** a amostra constituiu-se de 114 pacientes que implantaram 219 cateteres durante o período. A média de permanência de cada cateter foi de 16,2 +- 16,7 dias (média de 11), sendo que cada paciente permaneceu com o acesso provisório: mínimo = 3, máximo = 129 dias, tempo até a confecção do acesso definitivo. As complicações mais frequentes foram febre: 54 (24,8%); secreção: 59 (27,1%); baixo fluxo: 33 (15%); dor local: 09 (4%); obstrução: 05 (2,3%); exteriorização: 06 (2,8%). Todos motivando a retirada do acesso. **Conclusão:** os dados apontaram para a importância de que se realizassem reuniões com todos os profissionais envolvidos

com a inserção e manutenção dos cateteres, gerando uma revisão no protocolo de enfermagem para manutenção dos mesmos.



A 56

Título: Uso dos nebulizadores: da utilização local a Central de Material e Esterilização

Autores: Couto NS; Santos ST; Santos SV; Santos LCG

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – 2004

Este estudo se fez importante para a Instituição por ter sido detectada a necessidade de sistematização do reprocessamento dos nebulizadores, visto que cada serviço seguia uma estratégia de tratamento para uso desses artigos. Os objetivos do trabalho foram: pontuar junto à equipe de enfermagem os fatores dificultadores à implementação do protocolo de processamento dos nebulizadores; avaliar estratégias utilizadas pela Comissão de controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Divisão de Enfermagem na divulgação do protocolo e investigar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca deste protocolo. A pesquisa com abordagem quanti-qualitativa teve por cenário de estudo um hospital geral da rede pública federal. Como sujeitos foram incluídos 60 auxiliares e técnicos de enfermagem que responderam a um questionário. Também foram entrevistados representantes da CCIH e da Divisão de Enfermagem. Foram encontrados vários fatores dificultadores à implantação do protocolo, como: a insuficiência de material; a vida útil reduzida do artigo devido a qualidade do material; a resistência das pessoas em seguir rotinas e atribuições estabelecidas e a falta de liderança de alguns enfermeiros no cumprimento das rotinas, pela equipe.



A 57

Título: Precaução de contato – enfermeiros investigando o significado para o paciente

Autores: Coutinho CRA; Araújo CCV; Ottoni MFV; Santos LCG

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – 2005

Este estudo aborda a percepção dos pacientes quanto à necessidade da adoção de medidas de precaução, de transmissão em situações de colonização/infecção por microrganismos multiresistentes (MMR). Partiu dos questionamentos decorrentes da situação de quando um paciente da unidade de internação, identificado como colonizado/infestado por estes MMR deve ser colocado em precaução de contato. Em diferentes oportunidades, é possível observar que os pacientes demonstram não compreender as recomendações explicadas, demonstrando aborrecimento com o profissional responsável pela orientação. Assim, delimitamos como objetivos: compreender o significado atribuído pelos pacientes à necessidade de implementação da precaução de contato e discutir estratégias visando a adequar as orientações dirigidas aos pacientes. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que foi realizada em um hospital federal na cidade do Rio de Janeiro. A coleta de dados aconteceu entre janeiro e abril de 2004 com uma entrevista semi-estruturada com pacientes em situação de precaução por contato. Os dados coletados apontam para o

desconhecimento e medo acerca do caráter científico da situação, em função de orientações inadequadas ou omitidas pelos profissionais. Em suas falas os pacientes descrevem, ainda, sentir a necessidade de que os esclarecimentos sejam feitos em uma linguagem mais próxima a sua capacidade de compreensão.



A 58

Título: A qualidade do cuidar prevenindo úlceras de pressão no cliente crítico: ação do Grupo Pesquisador de Enfermagem

Autor: Souza CAC

Local e ano de publicação: XIX Senaben – 2005

A contribuição da ciência e tecnologia vem demonstrando que as úlceras de pressão (UP) são passíveis de prevenção mediante o cuidado de enfermagem implementado sistematicamente. Assim, o enfoque deste trabalho é a incentivação da equipe profissional para promover a higidez corporal do cliente hospitalizado em unidade de tratamento intensivo (UTI) por meio de um programa de treinamento específico. Assim, temos como objetivo: propor um Programa de Instrumentalização para aplicar a Escala de Braden (PIEB) preditiva de UP, em clientes críticos hospitalizados em UTI. Escolhemos o grupo pesquisador (GP), da sociopoética, criada por Gauthier, para discutir com os profissionais de enfermagem sobre o valor do cuidar sistematizado a fim de encontrar o apoio da equipe de enfermagem, formada por 18 enfermeiros e 36 auxiliares de enfermagem, atuantes na UTI, para aplicar a EB, implementar suas recomendações e avaliar os resultados quanto à prevenção de UP. Para desenvolver o Programa com os clientes de UTI de Hospital Geral considerou-se para efeito da instrumentalização: a avaliação da habilidade adquirida pelos treinandos na aplicação da EB; implementação dos cuidados de enfermagem, pela equipe diurna (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) a partir das recomendações da escala; e avaliação do cliente crítico quanto às suas reações ao cuidar de enfermagem. Os resultados obtidos foram discutidos com o grupo e avaliados, em conjunto, com o facilitador as evidências da implementação do cuidado de enfermagem. Atualmente, a equipe de saúde é cônica dos fatores que influenciam a resposta tecidual à pressão e buscá-los deve ser sua preocupação visando a diminuir ou reduzir o risco do cliente desenvolver UP, mediante estratégias de prevenção apropriadas, pois, para compreender hoje a prática do cuidar, a partir do desenvolvimento tecnológico e científico, deve-se investigar e explorar os elementos que integram o cuidado para com a pele, para mantê-la íntegra durante todo processo de hospitalização, não a desvinculando do todo da assistência. A prevenção de UP tem sido considerada um indicador de qualidade não só do serviço de saúde, como também do cuidado de enfermagem na UTI. Como as UP são consideradas eventos adversos ocorridos no processo de hospitalização, elas refletem de forma indireta a qualidade do cuidado prestado. Assim sendo, cabe à enfermagem identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de UP nos pacientes e planejar ações de caráter preventivo, a fim de melhorar a qualidade da assistência que lhes é devida. O estudo forneceu subsídios para a sistematização da assistência de enfermagem, colaborando para unificação da linguagem, facilitando a relação intra e interprofissional, e elevou a qualidade da assistência prestada e satisfação profissional pelo atendimento de qualidade ao cliente, diminuindo o esforço de trabalho na realização de curativos dispensáveis. Ressalte-se, ainda, que o Programa de Instrumentalização da Escala de Braden promoveu o necessário cuidado com o profissional de enfermagem, conforme recomendam Figueiredo (2003) e Santos, Backes e Vasconcelos (2002), visando à satisfação do cliente e seus familiares e a satisfação, gratificação pessoal, do profissional ao ver os resultados obtidos através de sua habilidade cognitiva e sua força de trabalho empregada para o bem-estar do cliente.



TL 14

Título: Os desafios da implantação da notificação de uso de antimicrobianos em um hospital de grande porte

Autores: Costa LMM; Pessoa RF; Gomes MZR; Santos FM; Camuzi RC

Local e ano de publicação: IV Congresso Riopharma – 2005

Introdução: visando a implantar um método de vigilância epidemiológica ativa das infecções hospitalares e promover o uso racional de antimicrobianos (AM), foi desenvolvido um modelo de ficha de notificação de uso de antimicrobiano de forma a garantir que todo tratamento iniciado fosse notificado à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). **Objetivos:** implantar um método ativo de vigilância epidemiológica, conjugando ações da CCIH e do SF; promover o uso racional de antimicrobianos. **Método:** a CCIH juntamente com o SF desenvolveu um novo modelo de ficha de notificação de AM que incluiu as informações sobre o esquema antimicrobiano empregado no rodapé da própria prescrição médica. O novo modelo foi aprovado em reunião com a direção médica do hospital, todos os chefes de clínica e a supervisão da enfermagem. Foi idealizado bloco de prescrição em duas vias, em que a primeira (branca) ficasse na clínica e a segunda (amarela) fosse encaminhada ao SF. Todas as prescrições contendo notificação são separadas ao fim do dia para serem fotocopiadas no dia seguinte e então, encaminhadas à CCIH. **Resultados:** a exigência da notificação de AM forneceu uma série de vantagens para o SF e para a CCIH, acesso à notificação do AM; controle de estoque dos AM notificados; análise criteriosa de todo o esquema terapêutico empregado, intervenção da CCIH e SF em esquemas desnecessários ou incompatíveis com estoque do AM, patologia ou justificativa. **Discussão:** a mudança na maneira de se notificar o esquema antimicrobiano proposto foi suficiente para a criação do hábito da notificação por parte da equipe médica, apesar da grande resistência e dos questionamentos surgidos no início da implantação do protocolo. A exigência da notificação gerou benefícios não só para o hospital, como também para o paciente, uma vez que a CCIH passou a emitir seu parecer para cada notificação encaminhada, identificando erros e sugerindo modificações no tratamento proposto. Para o SF, este protocolo permitiu uma redução nos custos e garantiu o uso racional desses medicamentos. Todavia, o modelo ideal de notificação de AM ainda está para ser encontrado, já que no modelo desenvolvido, as notificações dos AM só chegam à CCIH um dia após o início do tratamento em dias úteis ou em até três dias nos casos de feriados e finais de semana e, portanto, um tratamento iniciado com AM inadequado, demora a sofrer intervenção por parte da CCIH, aumentando as chances de seleção de resistência microbiana e também o custo para o SF.



TL 15

Título: Avaliação de prescrições médicas no Hospital Geral de Bonsucesso a fim de garantir a qualidade da dispensação

Autores: Ximenes J; Pirrone MD; Maiques RG; Camuzi RC

Local e ano de publicação: IV Congresso de Ciências Farmacêuticas (Riopharma) – 15 a 18 de junho/2005 – Hotel Glória – Rio de Janeiro

Introdução: na distribuição dos medicamentos, a qualidade deve ser assegurada em todas as etapas do processo, iniciando na leitura e interpretação das prescrições médicas e finalizando na dispensação do me-

dicamento para o paciente. Neste contexto, a má qualidade das prescrições, algumas vezes feitas com bases irracionais, sem considerar as Boas Práticas da Prescrição e a legislação vigente, tem função determinante na ocorrência de problemas relacionados a medicamentos. Atualmente, sabe-se que tais eventos podem decorrer de prescrições ambíguas, ilegíveis ou incompletas, má qualidade da grafia médica, transcrição de prescrição médica, utilização de abreviaturas não padronizadas e de nomes comerciais em desacordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB), especificação incorreta da forma farmacêutica, posologia, concentração e via de administração. Esses problemas podem comprometer a qualidade de vida do paciente, provocar a hospitalização, prolongar seu tempo de internação ou até mesmo levar ao óbito. Portanto se faz necessário um incremento da assistência farmacêutica em todo o processo, objetivando o uso racional do medicamento. Objetivo: estudar a qualidade das prescrições médicas do Hospital Geral de Bonsucesso empregando indicadores de qualidade. Método: avaliação das prescrições farmacológicas de pacientes internados em clínicas pré-selecionadas, por meio de um formulário previamente elaborado, em que foram analisados itens como: prescrição padrão da instituição, legibilidade, identificação completa do paciente, adequação à DCB, identificação de forma farmacêutica, posologia, concentração e via de administração do medicamento e identificação do profissional prescritor. Resultados: do total de 643 prescrições analisadas, 86,63% se apresentaram legíveis; 88,52% estavam em desacordo com a DCB; 89,42% não apresentaram a forma farmacêutica do medicamento prescrito, porém 85,07% citaram a via de administração; 95,65% determinaram a posologia, enquanto 50,70% não apresentaram a concentração do medicamento. Discussão e Conclusão: o presente estudo mostrou que os problemas mais preponderantes encontrados foram a não utilização da DCB com utilização de siglas e a omissão da dose do medicamento. Conseqüentemente, surgem dúvidas no momento da sua administração pela enfermagem, causando possíveis problemas relacionados a medicamentos principalmente de efetividade e segurança. Nos casos em que se observou a presença da via de administração do medicamento, não foi citada a forma farmacêutica, sugerindo que para os profissionais prescritores há uma correlação direta entre esses fatores. As prescrições do HGB apresentam falhas comuns a todas as clínicas, devendo-se, portanto, conscientizar os médicos sobre as Boas Práticas da Prescrição visando à melhoria da sua qualidade.



P 8

Título: Estudo preliminar do uso de albumina em hospital geral de grande porte do Rio de Janeiro

Autores: Ribeiro ACA; Urigo CP; Futuro DO; Santos FM
Local e ano de publicação: V Congresso da SBRAFH – 2005

Introdução: a albumina é a proteína mais abundante no plasma. Sua síntese ocorre nos hepatócitos. Suas principais funções no organismo são o transporte de moléculas, a manutenção da pressão osmótica, neutralização de radicais livres, inibição da função plaquetária com conseqüente efeito antitrombótico e possuindo também grande influência na permeabilidade vascular. Existem ainda muitas controvérsias em relação aos benefícios que a suplementação com albumina intravenosa pode trazer. Albumina é ainda o expansor plasmático mais utilizado, principalmente em bebês prematuros. Muitas outras indicações existem para sua administração, como choque, hiperbilirrubinemia, ascite, síndrome nefrótica, síndrome hepato-renal. Objetivo: traçar o perfil de uso de solução de albumina humana 20 % no Hospital Geral de Bonsucesso. Materiais e métodos: durante o ano de 2004, foi feito um levantamento dos pacientes que fizeram uso de albumina humana nessa unidade. O levantamento dos dados foi feito por meio de receituários especiais que acompanham as prescrições desse medicamento. Esses receituários são imprescindíveis para dispensação desta. Resultados: foram recebidas 1.862 prescrições de albumina, com receituário especial, pelo Serviço de Farmácia. Por meio desses, foram dispensados 6.266 frascos para 537 pacientes. O perfil de uso por clínica pode ser demonstrado por meio do gráfico abaixo. Nota-se pelo gráfico,

que a clínica que mais prescreveu a albumina foi o CTI (25,2%). Logo após, podemos notar as clínicas médicas (masculina e feminina) que, somadas, correspondem a 24,2% do total consumido. A posologia mais prescrita é de três vezes ao dia (49,5%), seguida da posologia de duas vezes ao dia (21,5%).

Figura 1 – perfil de consumo de albumina por clínica

Legenda: CTI – Centro de Terapia Intensiva; CMA – Clínica Médica Feminina; CMB – Clínica Médica Masculina; CCGB – Clínica Cirúrgica II, UC – Unidade Coronariana; Ambulatório de Gastroenterologia; UPG – Unidade de Pacientes Graves (Emergência); CCA – Centro Cirúrgico I; PU – Emergência; CCGA – Clínica Cirúrgica I.

Discussão e conclusão: o alto consumo desse medicamento se deve ao fato do hospital atender pacientes com patologias de alto grau de complexidade. Esses pacientes são provenientes de centros cirúrgicos, portadores de hepatite e cirrose, insuficiência renal, recém nascidos prematuros, pacientes de transplantes renal e hepático. Isto é confirmado, ao observarmos que o maior consumo ocorre no CTI, que apesar de possuir um pequeno número de leitos (9) em relação às outras clínicas, utilizou 25% de toda albumina consumida no hospital no período de um ano.



A 59

Título: Possíveis causas de hepatotoxicidade relacionada ao extrato industrializado de kava-kava

Autores: Ribeiro ACA; Urago CP; Riscado CS; Lopes PV; Maiques RG; Matos TR; Santos F M Local e ano de publicação: V Congresso da SBRAFH, 2005; IV Congresso Riopharma – 2005

Introdução: o fitoterápico kava-kava é derivado da raiz da planta *Piper methysticum* G Forster da família *Piperaceae*, sendo utilizado como bebida cerimonial nos países do sul do Pacífico e, mundialmente, no tratamento de estresse emocional, ansiedade e insônia. Até recentemente, não era atribuída à kava-kava a ocorrência de toxicidade severa, exceto a kava-dermopatia, que ocorre devido ao seu uso excessivo. Mais tarde, 40 casos de hepatotoxicidade, aparentemente associados ao uso de kava-kava, foram descritos na Europa, EUA e outros países, o que fez com que alguns governos europeus suspendessem a venda de tais produtos. Objetivo: investigar na literatura as possíveis causas de hepatotoxicidade relacionada à utilização do extrato padronizado de kava-kava. Métodos: Tendo em vista os três casos de hepatite fulminante possivelmente relacionados ao uso deste medicamento em um hospital geral, foi feito um levantamento bibliográfico sobre reações adversas e formas de utilização da planta. Resultados e Discussão: o extrato tradicional de kava-kava é preparado na forma de decocto ou pela maceração do rizoma em uma solução de etanol/água a 25% e tem sido utilizado há séculos pelos povos do Pacífico, sem problemas de hepatotoxicidade. O extrato padronizado, utilizado pela indústria, ao qual estão relacionados todos os casos de falência hepática, utiliza ramos e folhas da planta e é preparado com acetona (360%) ou etanol (360%). Os extratos preparados com acetona 380% ou etanol 96% contêm 100% de kavalactonas. A extração com etanol 25%, contém 15% e os extratos preparados com água, menos de 3%. Acredita-se que a toxicidade esteja relacionada à concentração de kavalactonas. Do extrato tradicional, foi isolado o *glutathione* na proporção de 1:1 em relação às kavalactonas, enquanto que nos extratos industrializados este não foi encontrado. Acredita-se que o *glutathione* tenha participação nos mecanismos de detoxificação através de sua ligação às kavalactonas pela CYP2D6, exercendo um efeito hepatoprotetor. Além disso, foram isoladas do caule substâncias que não estão presentes no rizoma, como o alcalóide pipermetistina, supostamente responsável pela hepatotoxicidade das cápsulas de kava-kava industrializadas. Devido à baixa incidência dos efeitos hepatotóxicos, acredita-se que estes possam estar relacionados a uma

rara reação imunológica ao metabólito, que pode estar associada a fatores genéticos. Em um pequeno subgrupo da Europa caucasiana, 7% a 9% dos indivíduos são homozigotos deficientes da CYP2D6, a principal enzima metabolizadora de kavalactonas. Já em moradores das Ilhas do Pacífico Sul, este índice é de 0%. Conclusão: a extração de kavalactonas e as partes da planta utilizadas influenciam sua concentração final e sua toxicidade hepática. Além disso, a genética parece ser um fator determinante para o desenvolvimento dessa toxicidade.



A 60

Título: Manipulação da kava-kava (*Piper methysticum*): uma prática padronizada?

Autores: Ribeiro A C A; Urago CP; Riscado CS; Lopes PV; Maiques RG; Matos TR; Santos FM
Local e ano de publicação: V Congresso da SBRAFH, 2005; IV Congresso Riopharma – 2005

Introdução: a Fitoterapia é conhecida desde as primeiras civilizações, sendo hoje um recurso para a prevenção e tratamento de doenças. A portaria MS/SNVS n.º 6, de 1995 visa a instituir e normatizar o registro de fitoterápicos junto ao sistema de vigilância sanitária. O produto fitoterápico deve: indicar a concentração real em peso ou volume da matéria-prima vegetal e a correspondência (em marcador ou em princípio ativo), quando conhecido; indicar a fórmula completa de preparação do produto com todos os seus componentes especificados; escrever critérios de identificação do lote ou partida entre outras exigências. No entanto, esta norma regula principalmente a produção industrial. Publicações recentes de entidades regulatórias mundiais suspenderam o uso do fitoterápico kava devido ao seu risco de causar hepatotoxicidade. Assim, têm-se levantado questões sobre a manipulação de fitoterápicos em farmácias com manipulação e os riscos que estes oferecem. Objetivo: identificar as diferenças na manipulação da kava (*Piper methysticum* Forst) entre as farmácias com manipulação da cidade do Rio de Janeiro, comparando as diferentes matérias-primas utilizadas. Método: a partir do contato com os farmacêuticos responsáveis técnicos, fez-se um levantamento sobre a manipulação do fitoterápico kava em cápsulas. Apresentou-se uma prescrição de kava e perguntou-se como esta seria manipulada ao ser recebida na farmácia. A prescrição seguia o seguinte padrão: kava-kava 200mg, tomar uma cápsula uma vez ao dia. Foram questionados os seguintes itens: existência de extrato padronizado e/ou pó na farmácia, forma farmacêutica utilizada, porcentagem de kavalactonas no extrato e aplicação de fator de correção. Resultados: das 31 farmácias entrevistadas, oito não forneceram as informações requisitadas. Destas, 95,7% possuíam o extrato de kava-kava, 4,3% apenas o pó de kava-kava e 17,4% possuíam o pó e o extrato de kava-kava. Observou-se que 82,6% das farmácias utilizam o extrato seco como matéria-prima da formulação em cápsulas, 60,9% das farmácias souberam informar a concentração de kavalactonas no extrato, sendo a média observada do princípio ativo de $29,86 \pm 1,78\%$. No entanto, apenas 34,8% das farmácias pesquisadas utilizam fator de correção para as concentrações observadas. Discussão: há uma diferença considerável entre as farmácias com manipulação existentes na cidade, o que dificulta a prescrição deste fitoterápico manipulado, uma vez que o conteúdo real do princípio ativo na cápsula não é informado. De acordo com os dados obtidos para a prescrição apresentada, uma cápsula de kava-kava pode ter de 48 a 200mg de kavalactonas, uma diferença de 316%. Devido às recentes publicações sobre o risco da kava, essa diferença pode levar à ocorrência de reações muito graves visto que o prescritor não sabe exatamente o que está sendo manipulado.



**Título: Implantação de ginástica laboral no CTI de um hospital público.
Uma ferramenta na prevenção do estresse e das doenças osteomusculares
relacionadas ao trabalho**

Autor: Nadjane Pereira da Silva

Local e ano de publicação: ainda não publicado

Introdução: os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão constantemente expostos a estresse: contato com enfermos graves, força excessiva e postura inadequada nas tarefas, despreparo para lidar com situações próximas da morte. Tal realidade gera conflitos, com reflexos na saúde dos funcionários. A Ginástica Laboral (GL) é uma das ferramentas a serem utilizadas no auxílio à melhoria da saúde dos colaboradores. Objetivo: implantação da GL na UTI objetivando melhora na saúde dos funcionários, por meio da prevenção de dores na coluna, redução das tensões musculares, auxílio no combate as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT). Material: profissionais de saúde da UTI; equipamento de som; materiais para exercícios, relaxamento e massagens. Método: palestras explicativas sobre a atividade. Exercícios de alongamento, relaxamento, recreação e consciência corporal. Duração da atividade: 10 a 15 minutos. Resultados: avaliação feita a partir de relatos dos integrantes do grupo que referiram: melhora da relação interpessoal; diminuição das queixas de dor após a jornada de trabalho; ganho no vigor para o início do trabalho. Conclusões: a GL, no ambiente do CTI, é possível de ser executada sendo capaz de produzir efeitos benéficos para a saúde do trabalhador.



A 61

Título: Fisioterapia respiratória: mecanismo da tosse

Autores: Rodrigues GN; Araujo D; Penido EM; Santos FW; Carlos SG; Novaes MA

Local e ano de publicação: FIEP – 2005

A presente abordagem destaca aspectos importantes do mecanismo da tosse em portadores de patologia do aparelho respiratório. Oferece subsídios para o entendimento do papel da tosse e aborda aspectos de sua fisiologia enfatizando suas funções e os bloqueios a que estão expostos os pacientes por fatores múltiplos. Sugere uma fisioterapia que possa apropriar uma tosse efetiva estabelecendo passos básicos e precauções decorrentes. Para eliminar obstruções respiratórias e manter os pulmões limpos é necessária uma tosse efetiva, que é uma parte importante do tratamento de pacientes com condições respiratórias agudas ou crônicas. No mecanismo da tosse ocorre a seguinte série de ações: inspiração profunda; a glote fecha-se e as cordas vocais tencionam-se, os músculos abdominais contraem-se e o diafragma eleva-se. Esse processo provoca uma expiração explosiva de ar. A tosse pode ser reflexiva ou voluntária. No indivíduo normal a bomba da tosse é efetiva até a sétima geração de brônquios (existe um total de 23 gerações de brônquios na árvore traqueobrônquica). Células epiteliais ciliadas estão presentes acima dos brônquios terminais e levam as secreções para cima nos indivíduos normais. Vários fatores contribuem para diminuir a efetividade do mecanismo da tosse e sua bomba. A apreensão do significado de uma tosse efetiva é de fundamental importância para pacientes em tratamento das vias respiratórias já que a tosse é parte integral da limpeza dessas vias. Concluindo, é importante saber como produzir uma tosse voluntária eficiente e quando tossir. Primeiramente, deve-se avaliar a tosse voluntária ou reflexa do paciente; em seguida colocar o paciente numa posição de relaxamento confortável para respirar profundamente e tossir. Em pacientes com fraqueza muscular é indicada a respiração glossofaríngea para facilitar a tosse. Deve-se evitar que o paciente inspire ofegante, já que isso aumenta o trabalho da respiração e o paciente cansa mais rapidamente.



TL 16

Título: Titulação de esterase leucocitária por tira reagente para diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea

Autores: Pereira GHS; Martins DS; Silva GGC; Fernandes FF; Campos AP; Balbi E; Ahmed EO; Halpern M; Pereira JL

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é uma complicação de alta prevalência e morbidade na cirrose, mesmo quando identificada e tratada prontamente. O diagnóstico é definido pela contagem de polimorfonucleares no líquido ascítico, sendo raro o isolamento de microorganismo. Para diagnóstico de outras doenças infecciosas, tiras reagentes com escala colorimétrica foram utilizadas com resultados satisfatórios. Objetivo: avaliar a eficácia da titulação da esterase leucocitária, por meio de tira reagente, como método para diagnóstico rápido de PBE. Delineamento: estudo prospectivo, consecutivo, observacional. Material e métodos: no período de abril a junho de 2004, foram realizadas 77 paracenteses em 35 pacientes cirróticos (26 homens), com média de idade de 54 anos. A etiologia mais prevalente era álcool (37%) e a hepatite C (34%), e o grupo em sua maior parte era composto por indivíduos em classe funcional de *child-pugh* entre 8 e 10 (39%), e *meld* entre 12 e 17 (37). Métodos: o líquido ascítico foi enviado para análise citológica e bioquímica, inoculados em frascos de hemoculturas e testados pela fita reagente. Foi utilizado fita de análise de urina (*comburtest*, roche diagnóstica, Mannheim, Alemanha), com escala variável de 0 a 3. Após imersão no líquido ascítico, foram considerados positivos aqueles cuja leitura, realizada por três examinadores, foi igual ou superior a dois. Resultados: em 12 punções, a contagem de polimorfonucleares foi superior a 250 cels/mm³, com 11 positivos (>2) pela leitura de tira. Dentre os resultados negativos (65 paracenteses), a leitura foi negativa em 59 casos. O método apresentou sensibilidade de 92%, especificidade 91%, com valor preditivo positivo 65%, valor preditivo negativo 98% e acurácia 91%. A análise por subgrupos evidenciou uma especificidade de 100% para tiras reagentes com valores de 0 e 3. Conclusões: a titulação da esterase, avaliada por meio de tiras reagentes, é um método de fácil execução e interpretação, fornecendo dados de forma rápida e satisfatória para o diagnóstico de PBE.



TL 17

Título: Análise do perfil epidemiológico da doença inflamatória intestinal em ambulatório especializado

Autores: Cardoso RF; Fagundes CG; Boueri BCS; Oliveira EPB; Wildemberg LE; Martins DS; Silva GGC; Fernandes FF; Pereira GHS; Ahmed EO; Lino JC

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são patologias crônicas de etiologia desconhecida, que podem acometer diversos segmentos do trato digestivo. A Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI) e a Doença de Crohn (DC) apresentam diferenças na forma de apresentação clínica, tratamento e evolução, sendo necessário fazer a distinção entre elas. Objetivo: desenhar o perfil nacional da DII coletando dados em conjunto com outros centros especializados no Brasil por meio do Grupo Brasileiro de Estudos das Doenças Inflamatórias Intestinais (GBEDII). Material e métodos: durante o período de outubro de 1998 a junho de 2004, foram avaliados 84 pacientes no ambulatório de DII do Hospital Geral de Bonsucesso, com tempo médio de acompanhamento de 21 meses. O diagnóstico foi estabelecido por

meio de exames endoscópicos, radiológicos, laboratoriais e histológicos. Resultados: foram estudados 84 pacientes, 33 com DC (39.3%), 49 com RCU (58.3%) e 2 com colite indeterminada. No grupo com RCU houve predomínio do sexo feminino (57,1%) e da raça branca (70,8%), com média de idade de 46.5 anos (18-76 anos). A doença encontrava-se restrita ao reto-sigmóide em 28.6% dos pacientes, cólon esquerdo em 32.7% e 36.7% com acometimento pancolônico. Salicilatos foram as drogas mais utilizadas para o tratamento (93.9%), seguidas pelos corticosteróides (44.9%), azatioprina (12.2%) e antibióticos (10,2%). As manifestações extra-intestinais encontradas foram a colangite esclerosante em quatro pacientes e artrite em três. Um paciente foi submetido à cirurgia. As complicações observadas foram abscesso em um paciente, neoplasia de cólon (1) e colangiocarcinoma (1). Houve dois óbitos por atividade de doença. Nos pacientes com DC, encontrou-se maior prevalência do sexo feminino (69,7%) e da raça branca (66,7%), com idade de apresentação variando de 15 a 79 anos (média: 42 anos). O cólon era o segmento exclusivamente afetado em 19 pacientes (57,5%); 24.2% apresentavam acometimento íleo-colônico e 21.2% ileal. As complicações observadas foram abscessos (4 pacientes), perfuração (3), obstrução intestinal (3) e neoplasia de cólon (1). Dez pacientes apresentaram manifestações extra-intestinais, sendo artrite (3) e úlceras orais (4) as mais freqüentes. Colangite esclerosante foi diagnosticada em um caso. Corticoterapia foi utilizada em 72.7% dos casos; sendo salicilatos, azatioprina e antibióticos em menor escala (66.7, 54.5% e 36.4%, respectivamente). Cirurgia, indicada por atividade de doença, foi realizada em nove doentes. Houve 3 óbitos relacionados à doença ao longo do segmento. Conclusão: ao compararmos nosso resultado com o descrito na literatura notamos algumas divergências, a exemplo da região anatômica acometida e do predomínio do sexo feminino na DC. Porém um dado importante é o percentual relativamente pequeno de doentes com necessidade de intervenção cirúrgica. Sugerindo que a DII, no Brasil, apresente um curso menos agressivo quando comparado aos países com elevada prevalência dessa doença.



TL 18

Título: Síndrome hepatorenal: resultados do tratamento com albumina e terlipressina

Autores: Campos AP; Fernandes FF; Barroso OM; Rocha JD; Ahmed EO; Ramos OR; Lino JC; Balbi E; Pereira JL

Local e ano de publicação: XVII Congresso Brasileiro de Hepatologia – 16 a 19 de outubro de 2003

A Síndrome Hepatorrenal (SHR) é uma complicação grave no paciente com cirrose hepática. O ransplante hepático era a única opção terapêutica, uma vez que o tratamento clínico não se mostrava eficaz. Recentemente, os resultados do uso associado de terlipressina e albumina têm se mostrado promissores. Objetivo: avaliar a reversão da SHR com o uso de albumina com terlipressina. Delineamento: estudo prospectivo observacional. Pacientes e Métodos: apresentamos 13 episódios de SHR (12 tipo I), em 9 pacientes, internados no serviço de 05/2001 a 06/2003. Todos eram portadores de cirrose hepática Child C e preenchiam os critérios de SHR de acordo com o International Ascites Club (ARROYO et. al., 1996). Os valores iniciais da creatinina variavam de 1,9 a 5,7mg/dL. A terlipressina foi iniciada na dose de 0,5mg 4/4h, com aumentos progressivos, a cada três dias, para 1mg 4/4/h e 2,0mg 4/4/h e a albumina na dose de 1g/kg no primeiro dia e 20g a 40g/dia nos dias seguintes. O tratamento foi mantido até que a creatinina chegasse a níveis = 1,5mg/dL, ou por, no máximo, 15 dias, caso este valor não fosse atingido. Resultados: reversão da SHR em 11/13 episódios (84,6%), tendo isto ocorrido até o D5 em 63,6% dos que concluíram o tratamento. A terapêutica foi suspensa por efeito adverso da terlipressina (diarréia) em um paciente. Ocorreu um óbito no D2, por hemorragia digestiva. Conclusão: os resultados nos mostram que a administração de terlipressina associada à albumina é bastante eficaz na reversão da SHR nos pacientes cirróticos.



P 10

Título: Tumor de Krukenberg bilateral de origem colônica

Autores: Ferreira TA; Fagundes CG; Luz VB; Silva GGC; Martins DS; Pereira GHS; FF Fernandes; Miranda N; Ahmed EO; Coimbra B; Pereira JL

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

O tumor de Krukenberg, que tem na mucosa gástrica seu sítio primário mais freqüente, é considerado um adenocarcinoma metastático do ovário, normalmente bilateral, volumoso e comumente associado à ascite. Objetivo: relato de adenocarcinoma primário do cólon com metástase ovariana bilateral. Relato de caso: paciente feminino, 47 anos apresentando há quatro meses dor abdominal em flanco esquerdo, constipação, anorexia, vômitos freqüentes, alteração de catamênios (ciclos irregulares/hipermenorréia) e perda ponderal de 4kg. Antecedentes de tabagismo e alergia a iodo. História familiar positiva para neoplasia de mama e trato gastrointestinal. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, com palidez cutâneo-mucosa (+/+4). A palpação do abdome revelou massa endurecida, de aproximadamente 8 cm em fossa ilíaca esquerda. Entre os exames realizados destacamos: CA 125: 20,94 U/ml (até 35), CEA 3.6 (até 5), CA 19.9 13.2 (até 37) e sorologia para HIV negativa. TC de Abdome: lesão hipodensa em face lateral do 1/3 médio do rim D, formação expansiva heterogênea em topografia de anexo E. USG Transvaginal: massa hipocóica de contornos bocelados em anexo E, medindo 7 x 5cm que desloca o útero, cisto simples de 3.0 x 2.0 x 1.7cm em anexo D, pequena quantidade de líquido livre em fundo de saco. EDA: pangastrite enantematosa leve. Colonoscopia: lesão ulcerada em ceco com bordos irregulares, cuja análise histopatológica evidenciou proliferação glandular e áreas de atipia, sugestivo de infiltração neoplásica. Paciente foi submetida a laparotomia exploradora com salpingo-ooforectomia bilateral, histerectomia e íleo-colectomia total. Histopatológico da peça cirúrgica: adenocarcinoma de ceco com infiltração profunda e formação tumoral no mesocolon, implantes locais e em cólon e metástase ovariana bilateral (tumor de Krukenberg). Conclusões: mesmo com o advento dos métodos de imagem, torna-se difícil a diferenciação do tumor de Krukenberg com os tumores primários do ovário. O seu diagnóstico configura um estágio de doença muito avançado e de prognóstico reservado.



P 11

Título: Meld como indicador de resposta ao tratamento farmacológico da síndrome hepatorenal com terlipressina

Autores: Fernandes FF; Oliveira A; Campos AP; Martins DS; Balbi E; Ahmed EO; Silva GGC; Pereira GHS; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

A Síndrome Hepatorrenal (SHR) é uma complicação da cirrose hepática de elevada mortalidade se o tratamento específico não for instituído. Nos últimos anos, a terapia com terlipressina e albumina mudou a história natural da SHR. A gravidade da cirrose pode ser determinada pelo *score meld* (*model end liver disease*), que inclui os valores de INR, bilirrubina e creatinina. Quanto mais alto o valor encontrado menor a sobrevida do paciente para um determinado intervalo de tempo. Material e métodos: de maio de 2001 a maio de 2004, 24 pacientes com diagnóstico de SHR (critérios do international ascites club) foram tratados com terlipressina (0.5-2mg/4h) e albumina (1g/kg no primeiro dia e 20-40 gramas nos dias subsequentes) até que creatinina fosse inferior a 1.5mg/dl ou por no máximo 15 dias. Dezoito pacientes tinham SHR tipo 1 e 6 o tipo 2. As variáveis analisadas no pré e pós-tratamento foram: diurese, pressão arterial média, *child*, *meld* e creatinina. Resultados: a taxa de resposta completa ao tratamento

foi de 71% (17/24). Vinte e nove por cento dos pacientes (7/24) não responderam ao tratamento e morreram com cirrose descompensada e uremia nos dias subsequentes. SHR tipo 1 foi encontrada em 64% dos respondedores e 86% dos não respondedores. Interrupção do tratamento antes da reversão da SHR ocorreu em três pacientes devido à isquemia periférica, sendo esses pacientes incluídos no grupo de não respondedores, cinco estão vivos com um período médio de sobrevida de 250 dias (77-390). SHR recorreu após alguns meses em dois pacientes, sendo retratados com sucesso. Na análise final dos dados, observou-se que *meld* mais alto no pré-tratamento foi encontrado entre os não respondedores (respondedores *meld* 29/não respondedores *meld* 37). Conclusões: a terapia farmacológica é eficaz no tratamento da SHR e o *score* de *meld* pré-tratamento, um importante fator indicativo de resposta.



P 12

Título: Tuberculose peritoneal: achados clínicos, laboratoriais e tomográficos

Autores: Fagundes CG; Viana ITP; Ferreira TA; Luz VB; Pereira GHS; Fernandes FF; Silva GGC; Martins DS; Ahmed EO; Perdígão FJL; Figueiredo CB

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

A tuberculose peritoneal é uma doença rara, porém não infreqüente em países de alta prevalência de tuberculose, apresentando alta letalidade nos casos não-tratados. Sua incidência vem crescendo a partir da década de 90 com a epidemia HIV/Aids. Mesmo nos dias atuais, a escassez de sintomas específicos e a necessidade de métodos invasivos dificultam o diagnóstico precoce. Objetivo: análise das manifestações clínicas, achados tomográficos e laboratoriais de nove casos de pacientes com peritonite tuberculosa comprovada. Delineamento: série de casos. Pacientes/Resultados: em nove casos de peritonite tuberculosa, cinco homens e quatro mulheres, com idade entre 10 e 67 anos, todos apresentavam ascite e perda ponderal e 77% febre, dor abdominal e anemia. Alterações laboratoriais como leucopenia (<4000), linfopenia (<1500) e aumento de VHS (>20 mm) foram encontradas em 44%. As co-morbidades observadas foram a insuficiência renal crônica, secundária ao diabetes *mellitus* (22%), etilismo, desnutrição e infecção pelo HIV (11%), dos casos. Sete foram submetidos a TC de abdome, todos apresentando ascite septada; espessamento de peritônio em 71%; presença de septos fibróticos em 28% e infiltração do omento em 14%. A análise do líquido ascítico em seis pacientes mostrou um alto teor protéico (>4.2g/dl) em 83%, predomínio de células mononucleares e gradiente de albumina soro-ascite <1.1 mg/dl em 67%. A cultura do líquido ascítico foi, em sua totalidade, negativa. O diagnóstico foi definido pelo achado de granuloma caseoso e/ou BAAR + na histologia de biópsias peritonais dirigidas por laparoscopia. Conclusões: a análise do líquido ascítico e os achados de imagem ainda que sugestivos, não são suficientes para estabelecer o diagnóstico, sendo necessária a laparoscopia com biópsia de peritônio para confirmação da tuberculose peritoneal.



A 62

Título: Colite por esquistossomose, um diagnóstico pouco lembrado na investigação das colites crônicas

Autores: Almeida BS; Pereira GH; Fernandes FF; Martins DS; Silva GGC; Ahmed EO; Pereira JL; Lino JC
Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

A esquistossomose é um importante problema de saúde no Brasil e uma das parasitoses mais difundidas no mundo. No Brasil, a doença é causada pelo parasita *Schistosoma mansoni*. Existem três formas clínicas principais: a forma aguda, a forma hepato-intestinal ou intestinal e a forma hepato-esplênica. A

forma hepato-intestinal é a mais freqüente, representando cerca de 90% dos casos, e diarreia é a manifestação mais comum. Objetivo: relato de caso de paciente assintomático, que em exame colonoscópico foi diagnosticado colite esquistossomótica. Relato de caso: paciente masculino, de 52 anos, natural de Minas Gerais e residente no Rio de Janeiro há 40 anos, foi submetido à colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal devido à história familiar importante. A colonoscopia mostrou uma pancolite ulcerativa, mais acentuada em cólon esquerdo. O exame histopatológico evidenciou a presença freqüente de ovos de *schistosoma mansoni* na mucosa e submucosa, além de eosinofilia e leve fibrose. Realizado hemograma, que mostrou eosinofilia importante (4.400 eosinófilos – 44,4%) e ultra-sonografia de abdome que mostrou fígado de volume normal e ecotextura heterogênea, veia porta medindo 13,7mm de diâmetro com aspecto de fibrose periportal e baço aumentado de volume. Foi então tratado com praziquantel 40mg/kg em dose única. Após sete semanas foi feito retossigmoidoscopia de controle, evidenciando mucosa de aspecto normal. O exame histopatológico mostrou mucosa colônica sem atipia epitelial, livre de atividade, atrofia, fissura, granuloma, abscesso, parasita ou malignidade. O novo hemograma apresentava 1.900 eosinófilos (27%). Discussão: o quadro clínico da forma intestinal da esquistossomose varia desde pacientes assintomáticos até pacientes com diarreia disentérica, dor abdominal, náuseas e hepatomegalia. Acredita-se que determinadas características genéticas dos pacientes (como o seu HLA), a idade (jovens apresentam quadros mais graves), a concomitância com outras patologias e a presença ou não de reinfeções freqüentes (pelas sucessivas cargas de cercarias), sejam fatores decisivos sobre a gravidade do quadro e a sintomatologia que cada paciente infectado irá desenvolver. O diagnóstico diferencial deste achado colonoscópico inclui condições como colites granulomatosas crônicas (retocolite ulcerativa, doença de Crohn) e outras colites parasitárias como amebíase e tricuriase. Conclusão: a colite esquistossomótica é uma patologia pouco freqüente, que deve entrar no diagnóstico diferencial de outras colites, principalmente nos pacientes provenientes de regiões endêmicas de esquistossomose.



A 63

Título: Colite por citomegalovírus na retocolite ulcerativa: dificuldade diagnóstica

Autores: Martins DS; Silva GGC; Fernandes FF; Pereira GHS; Ahamed EO; Pereira JL; Miranda N; Lino JC
Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 2004

A infecção pelo citomegalovírus (CMV) é, na maioria dos casos, assintomática ou se manifesta com uma síndrome de mononucleose-símile branda. Cerca de 40 a 100% dos adultos já foram expostos ao CMV. Por outro lado, a infecção sintomática pelo CMV no trato gastrointestinal acomete principalmente pacientes imunossuprimidos. Essa infecção é descrita na retocolite ulcerativa (RCU), principalmente nos casos de doença refratária aos corticosteróides. Objetivo: relatar o caso de uma paciente com RCU complicada por infecção pelo CMV. Descrição de caso: paciente feminina de 67 anos, portadora de RCU controlada por longo período com azatioprina oral. Era ainda hipertensa e portadora de cirrose hepática provavelmente secundária a colangite esclerosante. Internada com icterícia, diarreia sanguinolenta e dor abdominal, apresentou melhora lenta com suspensão de azatioprina e início de hidrocortisona venosa. Associou-se micofenolato 1g/dia via oral com retorno da diarreia, sangramento digestivo e distensão abdominal. Retossigmoidoscopia evidenciou reto discretamente hiperemiado com apagamento do padrão vascular e ulcerações superficiais; sigmóide e cólon descendente com ulcerações profundas com sinais de sangramento recente, bordos nítidos, entremeadas por mucosa normal. A biópsia demonstrou colite crônica ulcerada com inclusões citomegálicas. Iniciado ganciclovir venoso. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda, choque refratário, acidose metabólica grave e óbito em 24 horas. Posteriormente, o resultado de sorologia para CMV com IgM positivo. Discussão: a incidência de infecção sintomática de CMV na RCU é de 0,53 a 9%, aumentando para 25-59% nos casos de resistência a corticóides. As

manifestações intestinais são semelhantes à atividade da RCU. Achados colonoscópicos são inespecíficos, porém sugestivos desta infecção. Sorologia com IgM positivo para CMV comprova apenas infecção recente. O método padrão ouro é a detecção do CMV em biópsias intestinais, embora este achado não seja freqüente. O tratamento é baseado na diminuição da imunossupressão e no uso de ganciclovir. O diagnóstico de infecção pelo CMV deve ser lembrado antes do início de outros imunossupressores, mesmo que o quadro clínico seja sugestivo de atividade de doença inflamatória intestinal.



A 64

Título: Hemangioendotelioma epitelióide hepático – diferentes comportamentos do mesmo tumor

Autores: Fernandes FF; Campos AP; Rocha JD; Pereira JL; Balbi E; Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Martinho JM; Botino AC; Coimbra BA; Perdigão FJL

Local e ano de publicação: XVII Congresso Brasileiro de Hepatologia – 16 a 19 de outubro de 2003

Introdução: o hemangioendotelioma epitelióide hepático (HEEH) é um tumor raro, de origem vascular, típico de partes moles, que pode, ocasionalmente, acometer o fígado. **Objetivo:** relatar dois casos de HEEH de apresentação e curso clínico distintos e discutir as possibilidades terapêuticas para o tumor. **Delineamento:** relato de caso. **Descrição:** Caso 1 – homem, 36 anos, há três meses com aumento progressivo do volume abdominal, dor em hipocôndrio direito, edema de membros inferiores e emagrecimento. Exames da admissão: AST:244, ALT:93, FA:589, ?GT:209, BT:2.3, albumina:2.4, TAP:41%, creatinina:1.0 e uréia:57. Marcadores de hepatite B e C negativos e alfa-fetoproteína normal. A tomografia abdominal mostrava extenso processo expansivo hipodenso no lobo hepático direito e formações nodulares hipercaptantes no lobo esquerdo. Ultra-sonografia e cavografia do sistema porta sem sinais de trombose. O estudo imuno-histoquímico da biópsia hepática foi compatível com HEEH. Durante a internação o paciente apresentou piora progressiva das funções hepática e renal, evoluindo para o óbito. Caso 2 – mulher, 42 anos, com desconforto abdominal há dois anos. À RNM, lesão hepática expansiva, difusa, infiltrativa, associada a afluência das veias supra-hepáticas. O diagnóstico histológico foi de HEEH. O estado geral é preservado, a função hepática normal e não há evidências de doença extra-hepática. Encontra-se em lista de transplante hepático pela irressecabilidade da lesão devido às suas proporções. **Discussão:** o HEEH é um tumor de curso clínico variável e de múltiplas formas de apresentação aos métodos de imagem, sem marcadores laboratoriais específicos, cujo diagnóstico depende de confirmação imuno-histoquímica. Não há consenso sobre terapêutica ideal. Quimioterapia e radioterapia apresentam resultados duvidosos. Há lugar para ressecções segmentares e o transplante hepático parece ser o método mais promissor, com resultados satisfatórios até mesmo nos casos metastáticos.



A 65

Título: Hemobilia secundária a adenoma de colédoco

Autores: Becker F; Cardoso R; Loureiro A; Martins DS; Silva GGC; Fernandes FF; Pereira GHS; Amil R; Alves J; Cerqueira A; Martinho JM

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

Hemobilia é a hemorragia do trato biliar. Tem como causa a comunicação vascular com a árvore biliar secundária à lesão traumática, biópsia hepática, coledolitíase, aneurismas de artéria hepática ou veia porta, abscesso hepático e neoplasia. A causa mais freqüente corresponde a trauma externo ou iatrogênico. **Objetivo:** apresentação de caso de hemobilia secundária a adenoma de colédoco. **Relato de caso:**

paciente masculino, 34 anos, natural do RJ, referindo colúria, icterícia e prurido não associados a outros sintomas durante seis semanas. Realizada USG abdominal que revelou colédoco de 1,5cm, dilatação de ductos hepáticos e vesícula biliar aumentada com 11,7cm de diâmetro. A TC demonstrou dilatação de colédoco e vesícula aumentada contendo imagem hiperdensa, arredondada e com densidade sugestiva de sangue em seu interior. Foi submetido à colecistectomia convencional com exploração das vias biliares e drenagem biliar a Kehr, sendo evidenciado grande coágulo na vesícula sem lesões aparentes no seu interior. Evoluiu com persistência da icterícia no pós-operatório sendo submetido quatro semanas depois a colangiografia percutânea e anastomose biliodigestiva com ressecção do colédoco. A amostra da peça foi submetida à biópsia cujo laudo histopatológico demonstrou adenoma intraepitelial em porção terminal. Conclusão: a hemobilia é uma causa rara de sangramento do trato gastrointestinal, particularmente infreqüente quando secundária à adenoma intraepitelial de colédoco.



A 66

Título: Hepatite C aguda icterica: apresentação de 17 casos

Autores: Pereira JL; Campos AP; Pereira GHS; Fernandes FF; Barroso OM; Ahmed EO; Lino JC; Balbi E; Oliveira AA; Halpern M; Bottino AC

Local e ano de publicação: XVII Congresso Brasileiro de Hepatologia – 16 a 19 de outubro de 2003

Introdução: a infecção aguda por vírus C é quase sempre assintomática e raramente icterica, com potencial evolutivo à cronicidade em mais de 80% dos infectados. A apresentação e evolução das formas ictericas são pouco conhecidas. **Material e métodos:** no período de 1996 a 2003 foram diagnosticados 17 casos de hepatite aguda C, com quadro icterico. O diagnóstico se baseou no quadro clínico e laboratorial (ALT >600UI/mL), na presença do anti-HCV, detecção do RNA HCV por PCR e exclusão de outras causas de hepatite aguda: HAV, HBV, CMV, EBV, doenças auto-imunes e uso de álcool ou drogas hepatotóxicas. Em três pacientes, o anti-HCV era negativo nos seis meses anteriores e em outros três verificou-se soroconversão após a icterícia. **Resultados:** dos 17 casos, 14 (82%) eram do sexo feminino; média de idade 42.88 ± 14.67 . O modo provável de contaminação foi: procedimentos cirúrgicos (sete casos), contato sexual com anti HCV+ (dois casos), tratamento dentário (um caso), drogas ilícitas (um caso), acupuntura (um caso) e trabalho em hemodiálise (um caso). Os valores médios máximos da BT foram de 11.89 ± 7.69 mg/dL (4.2-29.0), e da ALT 1475 ± 775 U/L (640-3418). FA normal em 10/17 e nos outros sete elevações até 1.8 x LSN, contrastando com elevações acentuadas da gamaGT cuja média foi de 10.08 ± 6.49 x LSN (2.7 - 25.0). A carga viral, no primeiro mês foi de 30137 ± 34582 cp/mL (700 - 96027). A evolução para cronicidade foi observada em 42% dos casos. **Conclusões:** a hepatite C aguda icterica apresentou como características o predomínio do sexo feminino, um aumento expressivo da gamaGT e baixa carga viral. A taxa de cronificação foi inferior a relatada nos casos anictéricos.



A 67

Título: Linfoma não-Hodgkin como diagnóstico diferencial de úlcera duodenal

Autores: Rosário AL; Boueri BCS; Becker F; Fernandes FF; Pereira GHS; Martins DS; Silva GGC; Miranda N; Pereira JL; Lino JC; Amaral Neto DE

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

Introdução: o linfoma corresponde a 15% dos tumores malignos do intestino delgado, perfazendo 1% do total de linfomas do trato gastrointestinal. Doença celíaca, citomegalovirose, febre tifóide,

tuberculose, doença de Crohn, sífilis, toxoplasmose fazem parte do diagnóstico diferencial. Objetivo: relato de caso e avaliação de diagnóstico diferencial de úlceras duodenais a partir de caso clínico acompanhado pelo Serviço de Clínica Médica do Hospital Geral de Bonsucesso. Relato de caso: paciente com história de epigastralgia de forte intensidade, vômitos, perda de peso e anemia importantes. Realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou múltiplas úlceras rasas no duodeno. Estudo anatomopatológico sugeriu doença de Crohn. Após dois anos, a paciente retorna com sintomas semelhantes. A endoscopia digestiva alta e mostrou lesão vegetante e ulcerada na segunda porção duodenal. Evoluiu com obstrução intestinal sendo indicado tratamento cirúrgico. Realizada a duodeno-pancreatectomia. No pós-operatório imediato, cursou com deiscência da anastomose entero-pancreática, sepse abdominal, choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas e óbito. Estudo anátomopatológico sugeriu diagnóstico de doença de Crohn ou linfoma. A imuno-histoquímica confirmou o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin de grandes células. Conclusões: em muitas situações o diagnóstico etiológico das úlceras duodenais é fácil; em outras, torna-se um desafio ao internista, como no caso relatado, em que mesmo após dispor de um arsenal propedêutico adequado o diagnóstico de certeza foi obtido pela anatomia patológica e imuno-histoquímica da peça cirúrgica.



A 68

Título: Linfoma MALT se apresentando como polipose linfomatosa múltipla (PLM) do trato gastrointestinal

Autores: Pereira GHS; Pires ARC; Almeida BS; Martins DS; Ahmed EO; Fernandes FF; Silva GGC; Miranda NL; Pereira JL; Lino JC

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

A polipose linfomatosa múltipla é uma rara síndrome caracterizada pela presença de múltiplos pólipos linfóides ao longo do trato gastrointestinal. É uma manifestação característica do linfoma de células do manto, mas também pode estar presente no linfoma *malt* (tecido linfóide associado à mucosa) e no linfoma folicular. Objetivo: relato de caso de paciente portador de linfoma *malt* que manifestou PLM do trato gastrointestinal, um quadro típico de linfoma de células do manto. Relato do caso: homem, 74 anos, há quatro anos apresentou um tumor de rinofaringe, diagnosticado como hiperplasia linfóide benigna, tratado com radioterapia local. Após dois anos, iniciou dor epigástrica intensa e perda ponderal de 10kg. Exame físico com ausência de adenomegalia periférica ou hepatoesplenomegalia. Foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou múltiplas ulcerações com bordos elevados e vários pólipos sésseis na mucosa gástrica e duodenal. O exame histopatológico foi compatível com linfoma difuso de pequenas células b, tipo *malt*, com pesquisa de *H. pylori* positiva. Imunohistoquímica cd20 positivo (linfoma b), realizado tomografia computadorizada (tórax, abdome e pelve) e biópsia óssea que confirmaram doença limitada ao trato gastrointestinal. O paciente foi submetido à quimioterapia, evoluindo com melhora parcial dos sintomas. Após quatro meses, apresentou episódios repetidos de suboclusão intestinal, melena, dor e massa palpável em fossa ilíaca direita. A colonoscopia mostrou duas grandes lesões polipóides, uma em reto e uma em ceco, ocupando grande parte da luz, além de dois pólipos sésseis de menor tamanho também em ceco. O exame histopatológico também mostrou infiltração por linfoma não-Hodgkin difuso de pequenas células. Feito exame imuno-histoquímico que revelou células neoplásicas com imuno-reatividade com os anticorpos anti cd20, oncoproteína bcl-2 e ki-67. Imunonegatividade com os demais anticorpos testados: cd3, cd5, cd43, cd10, cd23, ciclina d1, favorecendo o diagnóstico de linfoma *malt*. Resultados: a maior parte dos pacientes que desenvolvem a PLM já tem extenso acometimento linfonodal e da medula óssea

pela sua patologia de base e o envolvimento exclusivo do trato gastrointestinal, como aconteceu neste caso, é um evento raro. O exame imuno-histoquímico descartou os diagnósticos de linfoma de célula do manto, linfoma folicular, linfoma linfocítico e outras neoplasias que fazem parte do diagnóstico diferencial, através da imunonegatividade dos anticorpos testados. Conclusão: a maioria dos casos de PLM são classificados como linfoma de células do manto, com extenso acometimento extra-intestinal no momento do diagnóstico. A PLM como manifestação de linfoma *malt*, sem acometimento extra-intestinal, é um evento raro e em cujo diagnóstico o papel imuno-histoquímico é fundamental.



A 69

Título: Peritonite fúngica espontânea como complicação da cirrose hepática

Autores: Silva GGC; Martins DS; Pereira GHS; Fernandes FF; Ahamed EO; Halpern M; Pereira JL
Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

A peritonite fúngica espontânea (PFE) é uma patologia extremamente rara, com poucos casos descritos na literatura, ao contrário da peritonite bacteriana espontânea (PBE), que é uma entidade freqüente em pacientes cirróticos com ascite. Objetivo: relatar o caso de um paciente com cirrose hepática e PFE. Descrição do caso: paciente masculino, 57 anos, hipertenso, diabético e portador de cirrose hepática pelo vírus da hepatite C. Internado em encefalopatia hepática após hemorragia digestiva alta (HDA). Apresentou quadro de dor abdominal, sendo puncionado líquido ascítico, que não mostrava leucometria compatível com PBE (464 leucócitos, 46% de polimorfonucleares – PMN e 54% de mononucleares – MONO), e cultura positiva para *Candida tropicalis*. Nova punção abdominal revelou ascite neutrofilica (600 leucócitos, 80% PMN e 20% MONO), sendo iniciado ceftriaxone 2g/dia endovenoso. Paracentese de controle após término de tratamento mostrava leucometria normal (144 leucócitos, 10% PMN e 90% MONO). Cultura do líquido ascítico tanto da segunda quanto da terceira punções confirmaram *Candida tropicalis*, sendo iniciado 200mg/dia de fluconazol venoso. Paracentese no quarto dia de tratamento mostrou líquido ascítico com leucometria normal (187 leucócitos, 30% PMN e 70% MONO) e cultura negativa. Apesar da eficácia do tratamento proposto para PFE, o paciente evoluiu para óbito após novo episódio de HDA. Discussão: a PFE foi descrita em pacientes imunocomprometidos, diabéticos, em uso de antibioticoterapia de largo espectro e submetido a procedimentos abdominais recentemente. São descritos como responsáveis pela PFE *Candida albicans* e *Candida glabrata*. A terapia anti-fúngica pode ser realizada com boa eficácia com imidazólicos ou anfotericina B. Conclusão: a PFE deve ser suspeitada como diagnóstico diferencial de PBE. A terapia antifúngica não deve ser postergada em caso de cultura positiva para fungos.



A 70

Título: Pneumoperitônio espontâneo secundário a pneumatose intestinal

Autores: Fernandes FF; Pereira GHS; Martins DS; Silva GGC; Almeida BS; Viana ITP; Reiff L; Machado AL; Ahmed EO; Fernandes B; Pereira JL

Local e ano de publicação: VI Semana do Aparelho Digestivo – 17 a 21 de outubro de 2004

A pneumatose intestinal é uma condição rara na qual há formação de cistos na submucosa ou subserosa da parede intestinal, geralmente secundária a condições clínicas como DPOC, colagenoses, enterocolite necrotizante e estenose pilórica. Na maioria das vezes assintomática, mas pode apresen-

tar-se com perda de peso, diarreia, enterorragia ou pneumoperitônio. Objetivo: relatar o caso de um paciente com pneumoperitônio associado à estenose pilórica. Caso Clínico: JSP, 39 anos, negro, pedreiro, internado para investigação de aumento do volume abdominal de um mês de duração, sem outros comemorativos. História pregressa de dez episódios de hemorragia digestiva alta por úlcera péptica. Ao exame físico: emagrecido, corado, sopro sistólico +++/6+ em FM, murmúrio vesicular abolido na base direita, abdome ascítico, doloroso à palpação do epigastro e do hipocôndrio direito, sinal de Jobert presente, sem descompressão dolorosa. EDA não conseguiu ultrapassar piloro por estenose significativa. Rotina radiológica para abdome agudo com importante distensão gástrica com resíduos alimentares e pneumoperitônio. TC confirmou pneumoperitônio e não evidenciou outras lesões. Submetido a laparotomia exploradora onde foram encontrados estenose pilórica grave e pneumatose intestinal extensa no jejuno. Realizada gastrectomia parcial com reconstrução a Billroth II e enterectomia segmentar com anastomose término-terminal. paciente evoluiu bem no pós-operatório sem recidiva do pneumoperitônio em um ano de seguimento ambulatorial. Conclusão: a pneumatose intestinal é uma causa de pneumoperitônio não associada a peritonite, uma vez que não há extravazamento de conteúdo intestinal para a cavidade abdominal. Em alguns casos, no entanto, este diagnóstico é intra-operatório, não sendo possível evitar a laparotomia exploradora. Deve-se estar alerta para esta etiologia em pacientes com pneumoperitônio sem sinais de peritonite.



A 71

Título: Síndrome de Budd-Chiari associada a síndrome de anticorpo anti-fosfolípideo: relato de caso

Autores: Fernandes FF; Campos AP; Ramos OR; Ahmed EO; Lino JC; Balbi E; Pereira JL; Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Martinho JM; Figueiredo CB

Local e ano de publicação: XVII Congresso Brasileiro de Hepatologia – 16 a 19 de outubro de 2003

Introdução: a síndrome de Budd-Chiari (SBC) é uma doença rara, caracterizada pela oclusão da drenagem venosa hepática, levando a disfunção hepatocelular, na maioria das vezes de evolução desfavorável, se não prontamente tratada. Sua associação com estados pró-trombóticos, congênitos ou adquiridos, é bem estabelecida, entre eles, a síndrome de Anticorpo Anti-fosfolípideo (SAAFLL). Objetivo: relatar um caso de insuficiência hepática aguda por SBC associada a SAAFLL. Delineamento: relato de caso. Descrição: paciente de 17 anos, sexo masculino, procurou atendimento médico com história de febre, dor abdominal, vômitos e oligúria, de 5 dias de duração. Apresentava-se desidratado, icterício (+/4+), com abdome ascítico e síndrome de derrame pleural. Exames da admissão: TGO: 82, TGP: 2120, fosfatase alcalina: 278, gamaGT: 140, bilirrubina total: 2.4, albumina: 2.5, TAP: 55%, hematócrito: 39.3%, plaquetas: 96.400. A ultra-sonografia abdominal com *doppler* mostrou trombo no segmento proximal da veia cava. A tomografia computadorizada do abdome corroborou os achados da ultra-sonografia. Na investigação de trombofilias foi detectado anticorpo anti-fosfolípideo IgG. Iniciada anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular, seguida de uso ambulatorial de cumarínico, mantendo-se INR entre 2.5 e 3.5. Após o diagnóstico de SAAFLL o paciente ainda apresentou um episódio de trombose venosa profunda de membros inferiores e hemoartrose associada ao uso de cumarínico. Discussão: a SAAFLL está associada à trombose de leitos vasculares arteriais e venosos, sendo uma possível causa de SBC. Entretanto, encontramos na literatura séries de casos em que o anticorpo anti-fosfolípideo foi detectado não apenas em pacientes portadores da SAAFLL, mas também em associação com outras formas de lesão hepatocelular secundárias a obstrução venosa.



Título: Visão laboratorial na comparação entre dois métodos de avaliação da taxa de filtração glomerular em transplantados renais

Autores: Batista IFM; Quintanilha LVB

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Transplantes – 2005

Introdução: a taxa de filtração glomerular (FG) é freqüentemente utilizada na avaliação da função renal. Na atualidade questiona-se qual o melhor método para se estimar a FG. A função renal pode ser avaliada pelo *Clearance* (depuração) da creatinina (ClCr), que é calculado a partir do valor sérico e urinário da creatinina e do volume urinário em 24 horas, porém essa estimativa apresenta limitações práticas como: a concentração de creatinina no soro que depende da ingestão de proteínas na dieta, da massa muscular, superfície corporal, sexo, idade e diferença em métodos laboratoriais. Outro inconveniente reconhecido é a coleta incorreta da urina de 24 horas. Objetivos: comparar a utilização da fórmula de Cockcroft-Gault (Cck-G) com o ClCr que são os métodos mais utilizados. Visando a verificar a equivalência entre os dois métodos e possível substituição do ClCr. Casuística e Métodos: foram avaliados 106 pacientes internados e ambulatoriais transplantados renais no período de setembro de 2004 a fevereiro de 2005. Os resultados foram expressos como média + desvio padrão e coeficiente de correlação de Pearson (r). A média da idade dos pacientes foi de 43,2 + 11,3 anos, a média de peso foi de 67,3 + 16,8kg, sendo 54,7% (n=58) do sexo masculino. As dosagens de creatinina no soro e urina de 24 horas foram realizadas segundo método colorimétrico de Jaffé automatizado, no analisador bioquímico HITACHI 912 (Roche), sendo os valores de referência adotados para o ClCr de 70 a 150ml/min e creatinina no soro (CrS) 0,7 a 1,4mg/dl. As amostras de urina analisadas foram coletadas no período de 24 horas e foram centrifugadas para otimização das dosagens. Resultados: nas dosagens de CrS 43,4% (n=46) apresentaram concentrações <1,4mg/dl e 56,6% (n=60) concentrações >1,4mg/dl. As creatininas das urinas de 24 horas apresentaram média 47,8mg/dl + 30,8mg/dl. Nos pacientes com CrS <1,4mg/dl a correlação entre ClCr e Cck - G foi de r=0,734 enquanto o grupo com CrS >1,4mg/dl a correlação foi de r=0,853. Os resultados mostraram também que 10,4% (n=11) com ClCr >70ml/min e 89,6% (n=95) com ClCr <70ml/min, enquanto pela fórmula de Cck - G 22,6% (n=24) >70ml/min e 76,5% (n=82) <70ml/min. Conclusões: na comparação entre os dois métodos encontramos ClCr com média de 42,3 + 26,7ml/min e a fórmula Cck - G com média de 53,6 + 26,4ml/min. Na análise do coeficiente de correlação de Pearson encontramos r=0,830 caracterizando uma boa concordância entre os métodos. A maioria dos pacientes (56,6%) tem CrS >1,4mg/dl e comparando-se o ClCr desse grupo com Cck - G observamos melhor equivalência nos resultados.



P 13

Título: Aspectos laboratoriais do perfil lipídico de transplantados renais

Autores: Batista IFM; Quintanilha LVB

Local e ano de publicação: Poster apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Transplantes (julho/2003); XXXVII Congresso Brasileiro de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial – 2003

As alterações lipídicas são comuns em pacientes submetidos a transplante renal (Tx) e este estudo retrospectivo realizado no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2000, objetivou avaliar essas alterações correlacionando com uso de imunossupressores. Foram analisadas as seguintes variáveis: o sexo, a idade, o ganho de peso, colesterol total (CT) em mg/dl e triglicérides (TG) em mg/dl. Os

valores de referência são os definidos pela III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemia da Sociedade Brasileira de Cardiologia CT<200 (desejável), CT de 200-239 (limítrofe), CT>240 (aumentado) e TG<150 (normal), TG de 150-199 (limítrofe) e TG>200 (aumentado) sendo a técnica empregada nas dosagens colorimétrica enzimática. As determinações de CT e TG foram realizadas no soro por meio de coleta de amostras de sangue no pré-Tx, 1.º, 3.º, 6.º, 12.º e 24.º meses pós-Tx. Dos 46 pacientes estudados, n=26 (56,5%) eram do sexo masculino. As idades variaram de 13 a 65 anos sendo a faixa etária preponderante de 31 a 40 anos, com n=14 casos (30,4%). Foi possível observar que no pré-Tx, apenas 28,3% dos pacientes apresentaram CT>200 e 45,6% TG>150. No 1.º mês pós-Tx 80,4% estavam com CT>200 e 65,2% tiveram TG>150. Após o 24.º mês 87% apresentaram CT>200 e 67,3% TG>150. Quanto ao peso 56,5% aumentaram até 10kg, 28,3% entre 10 a 20kg e 15,2% mais de 20kg. Valores médios obtidos pré e pós-transplante renal foram:

TEMPO	PESO	COLESTEROL	TRIGLICERÍDEOS
de Tx	(KG)	(MG/DL)	(MG/DL)
Pré-Tx	60 + 15	171 + 43	172 + 119
1.º mês	60 + 15	256 + 67	249 + 168
3.º mês	64 + 15	280 + 92	261 + 168
6.º mês	65 + 17	261 + 71	237 + 158
12.º mês	69 + 16	251 + 60	216 + 127
24.º mês	71 + 18	247 + 54	219 + 121

Nossos resultados mostraram que o aumento dos níveis de CT prevalece em relação aos de TG. A maioria dos pacientes (56,5%) aumentou até 10kg em 24 meses de Tx, que pode ser atribuído a uma melhora do estado nutricional. Concluímos que no pré-Tx 71,7% dos pacientes possuíam níveis normais de CT e 54,3% de TG e após o 1.º mês em uso de imunossupressores esse perfil mudou, provavelmente em virtude de alterações fisiológicas e metabólicas desencadeadas por essas drogas usadas na profilaxia e tratamento dos episódios de rejeição.



P 14

Título: Correlação entre a proteína encontrada na urina de 24 horas e na primeira urina da manhã

Autores: Batista IFM; Quintanilha LVB; Caxito MLC

Local e ano de publicação: Poster apresentado no 3.º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial – setembro de 2004

Objetivo: a presença de proteína na urina pode ser determinada pela quantificação na urina de 24 horas ou pelo uso de fita reagente na primeira urina da manhã. A detecção de uma quantidade anormal de proteína urinária é um indicador confiável de doença renal. Esse estudo tem por objetivo relacionar a proteína encontrada na urina de 24 horas com aquela da primeira urina da manhã. Casuística e métodos: foram analisadas 180 amostras de urina de 24 horas e primeira urina da manhã correspondente. Essas amostras foram selecionadas na rotina ambulatorial do Serviço de Nefrologia – HGB/RJ, no período de dezembro de 2003 a abril de 2004, sendo 51,1% (n=92) do sexo masculino. Para o exame qualitativo da primeira urina da manhã foram utilizadas fitas reagentes Combur 10 Test ° UX, a densidade nas amostras variou de 1005 a 1030; o pH de 5,0 a 8,0 e a proteína de 0 a 500mg/dl. A ausência de proteína é representada pelo resultado negativo, traços (<30mg/dl), 1+ (30mg/dl), 2+ (100mg/dl) e 3+ (500mg/dl). Na urina de 24 horas a metodologia usada foi o

vermelho de pirogalol (Labtest) dosado no Cobas Mira Plus (Roche). O volume urinário variou de 300 a 3.900ml e a proteína de 0 a 830mg/dl. Conclusão: das amostras de urina de 24h, 55,6% (n=100) apresentaram valores abaixo 30mg/dl e nas urinas da manhã correspondentes, 58,3% (n=105) apresentaram valores variando de negativo a <30mg/dl. Observou-se também, que 44,4% (n=80) das urinas de 24h e 41,7% (n=75) das urinas da manhã correspondentes, apresentaram valores acima de 30mg/dl. A análise dos dados obtidos reforça a idéia de correlação da proteína encontrada na urina de 24 horas e na primeira urina da manhã.



A 72

Título: Correlação entre as dosagens bioquímicas nas urinas de 24 horas e urinas da manhã em transplantados renais

Autor: Isa de Medeiros Batista

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Transplantes – julho de 2005

Introdução: o controle do cálcio, fósforo, ácido úrico, creatinina e proteína no sangue e na urina de 24 horas têm por finalidade evitar as complicações tardias do metabolismo ósseo (formação e absorção) e função renal. As dosagens bioquímicas realizadas na urina de 24 horas podem ser prejudicadas pela dificuldade na coleta da mesma, ocorrendo uma grande incidência de erros. **Objetivo:** comparar e verificar a equivalência entre as dosagens de cálcio, fósforo, ácido úrico, creatinina e proteinúria realizadas na urina de 24 horas com as urinas da manhã correspondentes. **Casuística e métodos:** no período de setembro de 2004 a fevereiro de 2005 foram avaliados 95 pacientes ambulatoriais e internados transplantados renais. Os resultados foram expressos como média + desvio padrão e coeficiente de correlação de Pearson (r). Assim sendo, a média de idade foi 41 + 12,7 anos, peso foi de 65,5 + 17,8kg, volume urinário de 2.190 + 916ml e sendo 55,8% (n=53) do sexo masculino. As dosagens bioquímicas de cálcio, fósforo, ácido úrico, creatinina e proteinúria foram realizadas respectivamente pelos métodos automatizados: colorimétrico, ponto final, enzimático, colorimétrico de Jaffé e cinética (U/CSF). As amostras de urina de 24 horas e as urinas da manhã correspondentes foram centrifugadas para a otimização das dosagens. **Conclusões:** os resultados indicaram uma correlação favorável dos resultados possibilitando a substituição da urina de 24 horas pela urina da manhã, embora se faça necessário verificar se os valores de referência podem ser aplicados à população de transplantados renais e, se necessário, determinar os próprios valores de referência. As dosagens de proteína apresentaram o melhor índice de correlação (r=0,94).



A 73

Título: Impacto da mudança de metodologia e analisador bioquímico nas dosagens de proteinúria em transplantados renais

Autores: Batista IFM; Quintanilha LVB; Caxito MLC; Duarte KA

Local e ano de publicação: 38.º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial – setembro de 2004

Objetivo: a excreção de albumina na urina (proteinúria) é uma importante alteração que se manifesta nas doenças renais. O objetivo deste estudo foi comparar as dosagens de proteinúria em transplantados renais realizadas com metodologia e equipamentos distintos. **Casuística e métodos:**

foram selecionados, aleatoriamente, 50 pacientes de ambulatório e hospitalizados transplantados renais com níveis de proteinúria variando de 0 a 5.920mg/24h, sendo 50% do sexo masculino (n = 25). O volume urinário variou de 300 a 12.250ml. As dosagens das proteinúrias foram realizadas nos analisadores bioquímicos Cobas Mira plus e Hitachi 917 (ambos da Roche). Todas as amostras foram centrifugadas para obtenção de melhores resultados. A metodologia usada no Cobas Mira Plus foi o vermelho de pirogalol (Labtest) sendo a absorbância resultante diretamente proporcional à concentração de proteína na amostra. No Hitachi 917 a amostra é pré-incubada numa solução alcalina contendo EDTA, que desnatura a proteína e elimina a interferência provocada pelos íons de magnésio. O cloreto de benzetônio é então adicionado, gerando uma turvação que é lida a 505nm. Conclusões: a média de todas as amostras analisadas nos dois equipamentos foi de 50,22 + 48,24mg/dl no Cobas Mira Plus e de 50,40 + 57,81mg/dl no Hitachi 917 sendo r=0,960. Na análise da diferença de valores entre as amostras observou-se que 60% (n=30) apresentaram até 10mg/dl de variação entre os dois equipamentos, 24% (n=12) com até 20mg/dl, 12% (n=6) com até 30mg/dl, 2% (n=1) 40mg/dl e 2% (n=1) 85mg/dl. A comparação dos ensaios para determinação da proteinúria vermelho de pirogalol (Labtest) e U/CSF (Roche) evidenciou que os valores encontrados são satisfatórios pelas duas metodologias e equipamentos, havendo concordância entre os resultados.



TL 20

Título: Infecção por citomegalovírus: uma realidade no pós-transplante renal

Autores: Silva LOR; Malta RM; Azevedo MF; Morgado L; Alvarenga MF; Trindade J A; Borela AM; Matuck AT; Carvalho DBM

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Transplantes – 2005

Introdução: o Citomegalovirus (CMV), herpes vírus 5, muito prevalente em nossa população (>90%), permanece latente nas células, podendo se reativar com a imunossupressão, portanto, é potencialmente de alta morbidade e mortalidade em pacientes transplantados. A infecção é mais freqüente nas primeiras 12 semanas após o transplante e principalmente naqueles pacientes que não tiveram contacto prévio com o vírus e recebem um enxerto de doador portador (sorologia IgG + para CMV). **Objetivos:** avaliar a incidência de infecção por CMV em transplantados renais, correlacionando-a com o esquema imunossupressor e a terapia de indução empregada. **Métodos:** realizado estudo retrospectivo em 204 pacientes submetidos a transplante renal no período de 2/1/2002 a 16/3/2004, sendo 95 com doadores cadáver, 90 com doadores vivos relacionados e 11 com doadores vivos não-relacionados. Do total de pacientes, 144 receberam indução com anti-interleucina-2. Os esquemas imunossupressores usados foram: em 129 pacientes, prednisona (PRED), tacrolimus (FK) e micofenolato mofetil (MMF) – esquema 1; em 56, PRED, ciclosporina A (CSA) e MMF – esquema 2; em 12, PRED, CSA e aztioprina (AZA) esquema 3; em 4, PRED, sirolimus (RAPA) e MMF esquema 4; e em 3, PRED, FK e AZA – esquema 5. **Resultados:** dos 204 pacientes analisados, 39 (19,1%) apresentaram infecção por CMV. O diagnóstico foi feito pelo quadro clínico e confirmado por Antigenemia. Os sintomas mais observados foram; diarréia (74,35%), febre (43,58%), epigastralgia (33,33%) e leucopenia (15,38%). Dos 39 pacientes que apresentaram quadro de infecção, 76,92% receberam terapia indutora. A doença ocorreu em 28 dos 39 pacientes que receberam o esquema 1 de imunossupressão; 9 dos 39 que usaram o esquema 2; em 1 dos 39 que utilizou o esquema 3 e em 1 paciente dos 39 que usou o esquema 4. **Conclusão:** neste estudo, observou-se que a infecção por CMV foi mais freqüente nos pacientes que realizaram indução e utilizaram o esquema imunossupressor com PRED, significância entre a incidência de infecção com o uso de terapia indutora ou com os diferentes esquemas imunossupressores descritos.



TL 21

Título: Contribuição da semiologia para o diagnóstico nutricional de pacientes hospitalizados

Autores: Nehme MN; Martins MEV; Chaia VL; Vaz EM

Local e ano de publicação: 26th ESPEN Congress (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) e publicado no Clinical Nutrition, v. 23, n. 4, p. 781, 2004

Devido à alta prevalência da desnutrição hospitalar e conhecendo sua repercussão sobre o aumento da morbimortalidade de pacientes hospitalizados, faz-se necessária a sua detecção precoce. A semiologia nutricional é uma ferramenta de baixo custo e fácil aplicação, podendo contribuir para o diagnóstico nutricional desses pacientes. Este trabalho pretendeu verificar o grau de sensibilidade e especificidade de parâmetros da semiologia, quando comparados à parâmetros objetivos (antropometria e exames laboratoriais) e analisar o grau de concordância entre três examinadores (A, B, C) na utilização de parâmetros da semiologia nutricional. Foram avaliados 90 pacientes de uma instituição hospitalar federal, por meio da antropometria, exames laboratoriais e exame físico. O grau de concordância foi determinado pela estatística Kappa e a sensibilidade e especificidade pela comparação do exame físico com parâmetros objetivos. Os examinadores A e C apresentaram a melhor concordância para o exame de edema. A sensibilidade dos exames de atrofia de musculatura e perda de tecido adiposo foi baixa. A melhor sensibilidade foi alcançada quando comparamos valores de hemoglobina e palidez da mucosa conjuntiva e a maior especificidade no confronto entre albumina e proteínas totais com presença de edema (100%). Concluiu-se que os resultados para concordância entre examinadores foram satisfatórios, porém, são necessários: maior sistematização das técnicas, treinamento intensivo dos avaliadores e padronização dos resultados para tornar a semiologia mais eficaz na avaliação do estado nutricional de pacientes hospitalizados.



P 15

Título: Registro de diagnóstico nutricional dos pacientes internados em uma unidade pública

Autores: Seixas JCR; Guimarães RM; Ferrão MEGM; Medina FRF; Toledo ES; Santos FS; Monte R

Local e ano de publicação: IX Jornada de Nutrição Parenteral e Enteral do Capítulo Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral – 2004

No Brasil, o “Inquérito Brasileiro de Desnutrição Hospitalar” (Ibranutri) realizado em 1997, abrangendo 4.000 pacientes, tornou-se referência no que diz respeito à incidência de desnutrição nos hospitais públicos brasileiros. Por meio da Avaliação Nutricional Subjetiva (ANS), o Ibranutri encontrou 45,8% dos pacientes apresentando algum grau de desnutrição no ambiente hospitalar. Outro dado importante encontrado foi quanto à atenção com o estado nutricional dos pacientes, sendo que 81,2% dos mesmos não tinham qualquer referência ao seu estado nutricional anotada em prontuários; provavelmente devido à falta de consciência dos profissionais de saúde sobre a relevância do assunto, visto que até 70% dos pacientes desnutridos na admissão hospitalar, apresentam piora gradual de seu estado nutricional durante a hospitalização. O objetivo do presente estudo foi verificar o registro do diagnóstico nutricional nos prontuários de pacientes internados em um hospital público, situado no Município do Rio de Janeiro, realizado pelas nutricionistas da instituição. Os dados foram colhidos durante um dia por duas estagiárias de nutrição, nos setores de Curta Permanência, Broncoesôfago, Cirurgia Geral, Neurocirurgia,

Urologia, Clínica Médica, Cardiologia, Unidade Coronariana, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Centro de Tratamento Intensivo, Nefrologia, Unidade de Transplante Renal e Pediatria. Foi verificada a data da admissão hospitalar, a data da última evolução nutricional, e o registro do diagnóstico nutricional do paciente, realizado por nutricionistas da instituição durante a internação hospitalar. Do total de pacientes pesquisados (n=179), sete haviam sido internados no dia da coleta de dados (3,9%), sendo esses desprezados do estudo, restando uma amostra de 172 pacientes. O resultado geral verificado foi – total de pacientes estudados: 172; total de registros de evolução nutricional em prontuário: 75%; total de registros de diagnóstico nutricional em prontuário: 34,3%. Quanto ao registro de evolução nutricional (75% dos pacientes estudados), os mesmos continham aceitação da dieta oferecida ou administrada (no caso do suporte nutricional enteral), intercorrências relacionadas à nutrição e o histórico da função intestinal. As anotações do diagnóstico nutricional em 34,3% dos prontuários está acima dos valores encontrados pelo Ibranutri (18,8%), mas nitidamente inferior ao valor ideal de 100% dos prontuários. A evolução nutricional estava presente na maioria dos prontuários (75%) indicando uma preocupação quanto ao acompanhamento do paciente em suporte nutricional.



A 74

Título: Aceitação da dieta prescrita na unidade hospitalar para pacientes coronariopatas

Autores: Perrone APO; Sangregorio BC; Moreira CH; Vaz EM

Local e ano de publicação: Universidade Estácio de Sá – 2005

Os aspectos nutricionais têm grande influência na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, já que é amplamente aceito que a dieta pode influenciar o estado de saúde do indivíduo. O objetivo deste trabalho foi avaliar a aceitação da dieta hospitalar em coronariopatas e propor uma cartilha para orientação nutricional de alta. Foram avaliados 30 coronariopatas, com faixa etária entre 20 e 83 anos internados em um hospital geral federal localizado no Estado do Rio de Janeiro. Para construção da cartilha, foram organizadas informações básicas sobre a enfermidade e aspectos nutricionais relevantes, fundamentados na revisão de literatura. Para a inclusão de preparações alimentares com baixo teor de sal, gordura e adição de temperos naturais (orégano, salsa, cebolinha, manjerição, alho, cebola) foram testadas dez receitas, preparadas no Laboratório de Técnica Dietética, Campus Rebouças, da Universidade Estácio de Sá e, posteriormente, realizada análise sensorial, com um grupo de 70 voluntários, segundo critérios de provas afetivas: prova de avaliação do grau de satisfação. Para obtenção das informações sobre a aceitação da dieta, foi aplicado um questionário semiquantitativo, por três dias consecutivos. Para a análise comparativa da oferta, do consumo e das recomendações nutricionais, foram utilizados os cálculos estatísticos de Análise de Variância (Anova) e Teste de Tuskey. Observou-se uma boa aceitação da dieta oferecida (63,33%), apesar das restrições de sal e gordura, que alteram a palatabilidade dos alimentos. A análise do consumo de calorias totais, carboidratos e proteínas revelou valores significativamente superiores aos recomendados. Enquanto, o consumo de lipídios foi menor do que o oferecido e recomendado. Os resultados do presente estudo indicam a necessidade de uma avaliação detalhada da oferta alimentar dentro da unidade hospitalar, já que a unidade de alimentação e nutrição é responsável por uma importante parcela do custo final referente ao tratamento dos pacientes. Por outro lado, considera-se fundamental a revisão dos editais de contratação das prestadoras de serviços nas unidades de alimentação e nutrição, bem como proporcionar periodicamente treinamento aos profissionais envolvidos com o porcionamento dos alimentos oferecidos aos pacientes, variável que, possivelmente, pode ter influenciado os resultados encontrados. Considera-se que a cartilha de orientação de alta poderá contribuir positivamente para o tratamento nutricional domiciliar.



A 75

Título: Avaliação do consumo alimentar de micronutrientes em pacientes cirróticos hospitalizados

Autores: Silva EP; Oliveira GCM; Dias PDM; Vaz EM

Local e ano de publicação: Universidade Estácio de Sá – julho/2005

As conseqüências nutricionais e metabólicas da cirrose hepática ocorrem devido à importância do fígado no metabolismo dos nutrientes, sendo comumente encontrada a desnutrição nas doenças hepáticas crônicas. A deficiência de vitaminas lipossolúveis, zinco e cálcio, prevalecem na cirrose hepática. O presente estudo teve como objetivo avaliar o consumo alimentar de vitaminas e minerais e o estado nutricional de pacientes com diagnóstico estabelecido de cirrose hepática. Para a realização do diagnóstico nutricional foi aplicada a avaliação subjetiva global. A aceitação da dieta foi verificada por meio de análise semiquantitativa, por três dias consecutivos, destacando-se o aporte de vitaminas lipossolúveis, zinco e cálcio. Para a análise comparativa da oferta, do consumo e das recomendações de micronutrientes foram utilizados os cálculos estatísticos de Análise de Variância (Anova) e Teste de Turkey. A avaliação de micronutrientes no grupo de pacientes estudados revelou que a recomendação para vitamina A foi atendida, enquanto a oferta foi significativamente elevada quando comparada à recomendação para a vitamina D. Por outro lado, tanto o consumo como a oferta foram significativamente inferiores às recomendações de vitamina K, vitamina E e cálcio. O consumo de zinco foi estatisticamente inferior à recomendação. Entre os pacientes avaliados, 62,5% apresentaram algum grau de desnutrição. Apesar da limitação referente ao número amostral, o presente estudo sinaliza que mais da metade dos pacientes apresentam algum grau de desnutrição e que há um déficit da ingestão e oferta de vitamina K, vitamina E e cálcio.



A 76

Título: Caracterização do estado nutricional dos pacientes internados na clínica médica

Autores: Alves CCO; Barros CV; Ferreira MMD; Vaz EM

Local e ano de publicação: Universidade Estácio de Sá – 2005

A desnutrição energético-protéica é uma doença endêmica na população hospitalar brasileira e sua prevalência tende a aumentar quando o período de internação se prolonga. O objetivo do presente estudo foi avaliar o estado nutricional dos pacientes adultos internados na clínica médica, bem como comparar o estado nutricional desses pacientes com a população geral internada em uma unidade hospitalar federal no Rio de Janeiro. Para a realização do diagnóstico nutricional, foram utilizados o Índice de Massa Corporal (IMC) e o protocolo de Avaliação Global Subjetiva (AGS). Participaram do estudo 134 pacientes, sendo que desses, 56 eram da clínica médica. Tanto a população geral quanto a clínica médica apresentaram cifras semelhantes quanto ao número de pacientes do sexo feminino e masculino, tempo de hospitalização e média de idade. A clínica médica apresentou 8,9% (5) de nefropatas, 19,6% (11) de cardiopatas, 25% (14) de hepatopatas, 30,4% (17) de câncer, 7,1% (4) de diabéticos e 8,9% (5) de pacientes com doença respiratória. O diagnóstico nutricional, segundo a AGS revelou 61,9% de pacientes eutróficos, 26,9% moderadamente desnutridos e 11,2% gravemente desnutridos. Enquanto, o IMC demonstrou que 54,6% dos pacientes eram eutróficos 26,1% apresentavam sobrepeso e 10,1% foram classificados como obesos. Do total de pacientes estudados, 15 foram excluídos por não apresentarem condições físicas para avaliação antropométrica. Os valores de albumina e proteínas totais apresentavam-se reduzidos em

relação à normalidade. Embora, os resultados desta pesquisa tenham mostrado que a maioria dos pacientes encontrava-se eutrófica, 37,5% apresentaram algum grau de desnutrição. Esses resultados sinalizam a necessidade da monitoração do estado nutricional como parte integrante do tratamento clínico. Por outro lado, as equipes de terapia nutricional deverão focar sua atenção não somente no grupo de pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, mas também no grupo de obesos.



TL 22

Título: Neurorretinite por doença da arranhadura do gato

Autores: Portes ALF; Jevaux G

Local e ano de publicação: VI Congresso de Oftalmologia da USP e V Congresso de Auxiliar de Oftalmologia – 2004; Revista Brasileira de Oftalmologia (no prelo)

Objetivo: relatar as manifestações oculares numa infecção por *Bartonella henselae* e correlacioná-las com os resultados dos exames complementares. Descrever o tratamento realizado e a evolução da paciente. Métodos: foram realizados os seguintes exames: oftalmológico, avaliação clínica e laboratorial, retinografia e angiografia fluoresceínica. O tratamento indicado foi anti-bióticoterapia sistêmica. Resultados: paciente de 16 anos com perda visual severa após pródromos virais, referiu presença de felino em casa e constantes ataques do animal. A fundoscopia demonstrou edema de nervo óptico bilateral, assimétrico, maior no olho esquerdo com estrela macular completa. Foram realizados diferentes exames clínicos, laboratoriais e de imagem, em que o principal achado foi a sorologia positiva para *Bartonella henselae*, com títulos de IgM 1:32 e IgG 1:1024. O tratamento foi realizado com doxiciclina 100mg, 2 vezes ao dia, por 6 semanas, e na evolução houve recuperação da acuidade visual para 20/20 em ambos os olhos. Conclusão: a história de contato com felino, a apresentação clínica das manifestações oftalmológicas e a sorologia positiva para bartonelose confirmaram o diagnóstico de doença da arranhadura do gato. A evolução da paciente associada ao tratamento instituído resultou em boa recuperação visual.



P 16

Título: Vasculopatia coroideana polipóide idiopática simulando melanoma de coróide

Autores: Portes ALF; Pinto LHL

Local e ano de publicação: XXXIII Congresso Brasileiro de Oftalmologia – 2005; Revista Brasileira de Oftalmologia (no prelo)

Objetivos: relatar um caso clínico de descolamento seroso e hemorrágico da retina neurosensorial e epitélio pigmentado retiniano causado por vasculopatia polipoidal de coróide, simulando clínica e ecograficamente um melanoma de coróide. Descrever os exames complementares necessários para o diagnóstico, principalmente a angiografia por indocianina verde e o acompanhamento do paciente. Métodos: foram realizados exame oftalmológico, avaliação clínica e laboratorial, retinografia, angiografia com fluoresceína e indocianina verde, ultra-sonografia ocular, tomografia computadorizada de tórax e abdome. Resultados: paciente de 68 anos com perda súbita da visão em OD apresentou no exame oftalmológico, extensa hemorragia com elevação subretiniana, peripapilar, estendendo-se superiormente e em direção ao pólo posterior. Ultra-sonografia ocular mostrou massa em domo subretiniana temporal superior, com baixa refletividade interna e presença de ângulo Kappa. Na angiografia fluoresceínica se encontrou descolamento seroso e hemorrágico do epitélio pigmentado retiniano e retina neuro-sensorial. O

exame por indocianina verde mostrou dilatações vasculares polipoidais de coróide peripapilares. Na evolução, houve reabsorção do descolamento sero-hemorrágico, permanecendo alterações difusas no epitélio pigmentado retiniano e baixa da acuidade visual secundária ao acometimento macular. Após um ano e seis meses de acompanhamento houve recorrência. Conclusão: os descolamentos serosos e hemorrágicos da retina neurosensorial e do epitélio pigmentado retiniano causados por vasculopatia polipoidal de coróide podem, dependendo da sua intensidade e volume, simular clínica e ecograficamente um melanoma de coróide. O exame de angiografia por indocianina verde foi fundamental para o diagnóstico diferencial e confirmação da vasculopatia polipoidal de coróide.



A 77

Título: Oclusão combinada de artéria e veia central da retina associada a drusas de papila

Autores: Portes ALF; Jeveaux G

Local e ano de publicação: XVI Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira e Reabilitação Visual – 2004; Publicado na Revista Brasileira de Oftalmologia, v. 64, n. 1, p. 42-45, jan./fev. 2005, ISSN 0034.7280, (Index LILACS)

Objetivo: relatar uma rara associação entre oclusão combinada de artéria e veia central da retina com drusas do nervo óptico. **Descrever** os exames complementares que definiram o diagnóstico e o tratamento realizado. **Métodos:** foram feitos avaliação oftalmológica, clínica e laboratorial, retinografia, angiografia fluoresceínica, ultra-sonografia ocular e tomografia computadorizada de órbita e crânio. O tratamento realizado foi vitrectomia via pars plana e endofotocoagulação. **Resultados:** paciente com perda súbita da visão em OD, apresentou na oftalmoscopia indireta drusas de nervo óptico, aumento da tortuosidade vascular, hemorragias vítrea e intra-retinianas, branqueamento e edema retiniano difuso. Angiografia fluoresceínica do OD mostrou lentificação dos tempos circulatórios e hiperfluorescência por impregnação no nervo óptico. Ultra-sonografia ocular mostrou estrutura de alta refletividade nos nervos ópticos, e calcificações na tomografia computadorizada de órbita, confirmando o diagnóstico das drusas. Devido à extensa isquemia, houve uma rápida evolução para neovascularização retiniana com episódios repetidos de hemorragia vítrea, sendo indicado vitrectomia posterior e endofotocoagulação difusa. **Conclusão:** é descrito pela primeira vez na literatura uma associação entre drusas de nervo óptico com oclusão combinada de artéria e veia central da retina. Acreditamos que a presença das drusas foi o principal fator na patogênese do processo obstrutivo vascular causado por efeitos compressivos na cabeça do nervo óptico, visto que nenhum outro fator foi encontrado.



A 78

Título: Síndrome de Goldenhar

Autores: Oliveira FJC; Portes ALF

Local e ano de publicação: III Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Oftalmologia realizado no Centro de Convenções Ribalta, Rio de Janeiro – 2005

Objetivo: descrever um caso pouco freqüente da síndrome de Goldenhar evidenciando os achados oftalmológicos. **Método:** foram realizados exame oftalmológico, avaliação clínica, pediátrica e otorrinolaringológica, fotografia biomicroscópica do segmento anterior, raio-x e tomografia de crânio e órbita. **Resultado:** V.R.R., 4 anos, masculino, negro, procedente do Rio de Janeiro. O paciente foi trazido ao nosso serviço, acompanhado dos pais, que relatavam pequena tumorção em olho direito, presente desde o nascimento,

indolor, de crescimento lento e gradual. A mãe desconhecia casos semelhantes na família. Na ectoscopia foi observado um pequeno apêndice pré-auricular à direita associado a discreto forame nesta região. No estudo biomicroscópico de olho direito: tumorção branco-amarelada, de consistência amolecida, localizada em região temporal, invadindo limbo e córnea, de tamanho aproximado 1,0cm. A superfície do tumor apresentava pêlos, sugestivo de lipodermóide epibulbar. As avaliações clínicas, cardiológicas, otorrinolaringológicas e radiológicas foram normais. Com aspecto típico das lesões pré-auricular e ocular foi feito diagnóstico de síndrome de Goldenhar. O paciente segue em acompanhamento clínico com tratamento expectante da lesão do olho. Conclusão: a Síndrome de Goldenhar é complexa, pouco freqüente e devido a sua raridade e manifestações clínicas, cabe ao oftalmologista reconhecê-la e conduzir o tratamento do paciente.



TL 23

Título: Perfil epidemiológico do atendimento do setor de Cardiologia Pediátrica do Hospital Geral de Bonsucesso – MS/RJ

Autores: Quintella A; Janssens KP; Dart R; Lucas E; Estrada MD; Motta R; Fernandes C; Duarte S
Local e ano de publicação: ainda não publicado

Nos últimos vinte anos, houve um enorme desenvolvimento da especialidade de cardiologia pediátrica, devido ao grande avanço tecnológico principalmente em nível de exames diagnósticos e da melhoria do atendimento pediátrico. Apesar de bastante atuante, a cardiologia pediátrica no Brasil permanece, ainda, em um nível extremamente prático, em que as atividades realizadas se encontram muito mais voltadas ao atendimento da demanda sempre crescente de pacientes do que necessariamente ao desenvolvimento teórico. O resultado desta aparente deficiência é a adaptação de dados epidemiológicos de outros países, que não necessariamente refletem a realidade brasileira. O setor de Cardiologia Pediátrica do HGB existe há mais de 25 anos e, neste longo período, foram atendidos inúmeros pacientes e absorvidos 4.880 casos de cardiopatias congênitas e adquiridas. O presente estudo visa a estabelecer padrões epidemiológicos do HGB (verdadeiramente brasileiros), como as cardiopatias mais freqüentes, estratificada em idade do diagnóstico e sexo, dos últimos anos. O objetivo dos autores é determinar o perfil da população atendida em hospital terciário. Segundo os dados coletados desde agosto de 1988 até 2005, em relação às cardiopatias congênitas não houve variações expressivas em comparação à literatura internacional. Em relação às cardiopatias adquiridas, o perfil epidemiológico divergiu pela alta prevalência de doenças como febre reumática e pericardite por tuberculose. A importância em se traçar um perfil verdadeiramente brasileiro reside no direcionamento de políticas de prevenção, maior investimento em tratamento precoce e organização hierárquica de atendimento. A presente exposição contará com números exatos de cardiopatias admitidas nos referentes anos, a idade de diagnóstico, predominância de sexo e incidência baseado no número de atendimentos anuais no setor de Cardiologia Pediátrica.



TL 24

Título: Educação em saúde para a prevenção de febre reumática

Autores: Lucas E; Estrada MD; Almeida R; Duarte AS; Peter K; Dart R; Nogueira L;
Fernandes AC; Turano CB; Biller RJ; Segalote GV; Seiler A
Local e ano de publicação: ainda não publicado

Introdução: a febre reumática (FR), doença resultante de uma faringoamigdalite estreptocócica não tratada adequadamente, pode cursar com seqüelas cardíacas graves e incapacitantes. Apesar de

sua fácil prevenção, sua prevalência ainda é alta nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimentos, em especial no Brasil, segundo dados do Datasus. A falta de informação da população e dos próprios profissionais de saúde, é uma das causas que contribui para tais índices. No Rio de Janeiro, o Hospital Geral de Bonsucesso é um centro de referência para o acompanhamento de crianças e adolescentes portadores de febre reumática, sendo este, portanto cenário de atuação do presente trabalho. Material e métodos: análise de 480 questionários elaborados e aplicados por estudantes de medicina do nono período e residentes; supervisionados por médicos do setor de cardiologia pediátrica e professores da Unesa. Objetivo: o objetivo geral do estudo é avaliar o grau de conhecimento de usuários, funcionários, estudantes e profissionais de saúde do HGB, a respeito da enfermidade – febre reumática. Com base nos dados obtidos, são delineadas estratégias de atuação educacional visando à conscientização da prevenção da doença. Conclusão: após análise dos dados colhidos de 480 questionários respondidos, destacamos como relevantes entre usuários e funcionários entrevistados que: 59,58% reconhecem a existência da doença, 79,58% desconhecem a doença primária (amigdalite) como causa e 90,80% não sabem como evitá-la; apenas 3,75% têm conhecimento da existência do centro de referência no hospital. Em relação aos profissionais de saúde, 95,41% reconheciam a existência da FR, 37% desconhecem a patologia de base (amigdalite), 45,41% desconhecem o agente etiológico envolvido (estreptococos), 47,91% desconhecem a profilaxia primária e 52% a profilaxia secundária; 22,50% dos profissionais de saúde têm conhecimento da existência do Centro de referência de Febre Reumática no HGB. Consta-se a necessidade de uma maior divulgação interna do centro de referência de febre reumática do HGB e de seu campo de atuação, além de se criar para a população leiga uma dinâmica de informação do diagnóstico precoce e tratamento correto das faringoamigdalites bacterianas e reciclagem periódica para profissionais da área de Saúde.



TL 25

Título: Hipertermia maligna e doenças genéticas em famílias brasileiras

Autores: Santa Rosa AAP; Sudo RT; Almeida JCC; Llerena Jr JC

Local e ano de publicação: XXXV Congresso da Sociedade Americana de Genética Humana. Toronto, Canadá – 2004

A hipertermia maligna (HM) é uma condição autossômica dominante e acomete o músculo esquelético estriado em pacientes suscetíveis que se submetem à anestesia geral. É desencadeada por agentes anestésicos inalatórios halogenados e succinilcolina. A HM continua sendo uma das maiores causas de morte durante a anestesia, a despeito da existência do teste e tratamento farmacológico específico. A suscetibilidade às HM é geneticamente heterogênea. Cerca de 50% das famílias acometidas apresentam ligação e/ou mutações no gene do receptor da rianodina (RYR 1), mapeado em 19q13.1 - 13.2. Desde 1993, o Centro de Hipertermia Maligna recebeu 121 pacientes de todo o País para realizar o teste de contratura *in vitro*. Entre eles, 32 (26,44%) foram referidos devido à história pessoal de crise de HM; 78 (64,46%) devido à história familiar e 11 (9,4%) por terem condições genéticas sabidamente associadas a um maior risco de HM, inclusive um caso de “Central Core Disease”. Após um exame clínico apurado, os autores encontraram duas famílias com síndrome de King-Denborough, uma com fenótipo de Noonan, uma provável distrofia miotônica e um paciente com Síndrome de Teatro Kabuki, uma associação ainda não descrita anteriormente. O conhecimento da suscetibilidade à HM antes de uma intervenção cirúrgica é de suma importância. O trabalho multiprofissional em equipe pode ajudar no diagnóstico de condições que colocam em risco a vida.



P 17

Título: Derrame pericárdico como manifestação primordial de doença sistêmica*Autores: Janssens KP; Quintella A; Almeida R; Lucas E; Estrada MD; Almeida R; Duarte AS**Local e ano de publicação: ainda não publicado*

Introdução: neste estudo foram abordados pacientes em que o derrame pericárdico justificou a internação ou foi manifestação inicial de doença sistêmica sem etiologia definida. Foram excluídos do estudo os pacientes em que o derrame pericárdico já apresentava diagnóstico definido ou era esperado no decorrer da doença. O perfil etiológico dos referidos casos difere da literatura internacional pela prevalência de tuberculose, refletindo a diferenciada realidade brasileira. **Objetivo:** descrição de dois casos clínicos de acometimento de pericárdio como manifestação primordial de doença sistêmica, ocorridos este ano e assistidos neste hospital, juntamente com a apresentação dos dados epidemiológicos coletados pelo setor desde 1988 até a presente data, totalizando 18 casos de derrame pericárdico. **Conclusão:** mesmo em grandes centros um terço dos casos permanece sem diagnóstico, ainda que presuntivo. A dificuldade em se conseguir exames mais específicos, a quantidade reduzida de instituições em que procedimentos diagnósticos possam ser realizados, o longo período de incubação de determinadas culturas demanda um tratamento empírico dessas patologias. O seguinte estudo visa a apresentar a experiência do setor e as variadas formas de progressão desta doença. Os casos referidos contrastam pela evolução clínica, tendo o primeiro iniciado de maneira insidiosa, com sintomas leves e um período relativamente curto de internação, enquanto o segundo evolui com pericardite constritiva, necessidade de cirurgia de urgência e internação em unidade de tratamento intensivo.



A 79

Título: Fístula arteriovenosa pulmonar, diagnóstico tardio na adolescência*Autores: Janssens KP; Dart R; Lucas E; Estrada M; Motta R**Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Pediatria – 2003*

Introdução: a fístula arteriovenosa se apresenta como uma má formação vascular com distribuição diversa e morfologia variável. A má formação arteriovenosa pulmonar pode ser tanto congênita quanto adquirida, sendo a primeira mais freqüente. **Objetivo:** descrição de um caso clínico assistido neste hospital de um paciente de 17 anos de idade que apresentava cianose, desde o segundo ano de vida, dispnéia aos pequenos esforços, baqueteamento digital e déficit ponderal. Os exames laboratoriais evidenciavam hematócrito de 71%, gasometria arterial com saturação de 76%, ECG, ecocardiograma transtóraco e transesôfágico normais, raio-x de tórax com área cardíaca normal e imagem de hipotransparência arredondada em região perihilar direita. A tomografia computadorizada helicoidal de tórax demonstrou aspecto compatível com má formação venosa em hilo direito. O presente estudo visa a relatar a apresentação clínica desta patologia, os exames complementares, e as possibilidades terapêuticas. **Conclusão:** a maior parte das más formações arteriovenosas pulmonares são assintomáticas durante a infância. Os pacientes que apresentam cianose precoce são justamente aqueles de manejo mais difícil pelo acometimento mais severo que possibilita o aparecimento desta manifestação. O aparecimento e complicações aumentam com a idade. Os tratamentos disponíveis atualmente são embolização (*coil*, *umbrella*, balão destacável), lobectomia, pneumectomia e ainda, em nível experimental, o *interferon*.



A 80

Título: Caso sem diagnóstico: baixa estatura, retardo mental, catarata, surdez, estenose pulmonar, malformação de Dandy-Walker e consangüinidade*Autor: Patrícia Santana Correia**Local e ano de publicação: XVII Congresso Brasileiro de Genética Clínica – Curitiba, junho de 2005*

A associação de múltiplas malformações, baixa estatura e retardo mental é freqüente em nossa prática diária, sendo difícil a realização do diagnóstico em alguns casos. Apresentamos um caso sem diagnóstico para discussão. Relato do caso: GRM, sexo feminino, 8 anos, natural do CE. Encaminhada para investigar baixa estatura e retardo mental. É filha única de pais jovens e consangüíneos (primos de 2.º grau), ambos com estatura normal e história familiar de surdez em primos distantes. Não há dados sobre o nascimento, apenas relato de baixo peso. Evoluiu com atraso motor leve, fala praticamente ausente, baixa estatura e catarata. Há relato de infecções respiratórias de repetição e eczema, resolvidos com a melhora das condições sociais da paciente. Atualmente, estuda em escola especial para deficientes auditivos, com progressos. A catarata foi operada com sucesso. Ao exame apresenta baixa estatura proporcionada, bem abaixo do p3, microcefalia, face triangular, base nasal alta, lábios finos, catarata à esquerda, eczema em regressão. Exames complementares – avaliação otorrinolaringológica: surdez; avaliação oftalmológica: catarata congênita à esquerda; TORCH: negativo; dosagem sérica de imunoglobulinas: normal; TC de crânio: malformação de Dandy-Walker; ecocardiograma: estenose pulmonar valvar moderada; cariótipo com DEB: afastada S. Fanconi. A primeira hipótese diagnóstica foi da síndrome de Fanconi, afastada pelo exame complementar. Foi considerada também a síndrome de Dubowitz, mas nesta não ocorrem as malformações presentes em nosso caso. A síndrome de Ritscher-Schinzel (3C) cursa com várias alterações observadas na paciente, como malformação de Dandy-Walker, cardiopatia e atraso do crescimento, mas geralmente há macrocefalia, as dismorfias são bastante diferentes e não há relato de catarata. Mesmo após revisão da literatura não foi possível enquadrar a paciente em nenhum diagnóstico. É possível que se trate de uma síndrome malformativa ainda não descrita, de provável herança autossômica recessiva.



A 81

Título: Diagnóstico intra-útero das arritmias fetais*Autores: Dart RC; Janssens KP; Quintella A; Lucas E; Almeida R; Estrada MD**Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Cardiopediatria – Recife – 2003*

Neste estudo, enfatizamos, a importância do ecocardiograma fetal como diagnóstico das malformações e arritmias cardíacas, relatando dois casos de arritmia intra-útero assitidos nesta unidade de saúde. Descrevemos dois casos de arritmia fetal, sendo uma taquicardia supraventricular, revertida intra-útero por meio de drogas administradas à mãe, e o segundo, *flutter* atrial, revertido no período pós-natal, ainda nas primeiras horas de vida. O desenvolvimento da medicina fetal permitiu, entre outros, o diagnóstico intra-útero de malformações e arritmias; com isso torna-se possível o tratamento precoce das mesmas ainda no período pré-natal, melhorando portanto, o prognóstico desses recém-nascidos e muitas vezes reduzindo a mortalidade no período perinatal.



A 82

Título: Estudo de diabetes mellitus tipo 1 em crianças de 0 a 4 anos no Hospital Geral de Bonsucesso

Autores: Araujo NBC; Cardoso NFR; Moraes CA; Nóbrega HMM; Correa ND; Araujo RBC; Perez MA; Afradique MMC

Local e ano de publicação: Anais do Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia Florianópolis – 2004

Introdução: diabetes tipo 1 (DM1) na infância tem tido comprovado aumento da incidência, com as maiores taxas de crescimento em crianças de 0 a 4 anos. Objetivo: avaliar o aumento dos casos prevalentes de DM1 diagnosticados na idade de 0 a 4 anos nos pacientes acompanhados no Ambulatório de Diabetes. Material e métodos: estudo retrospectivo de 158 prontuários de pacientes de 0 a 18 anos cadastrados no Ambulatório de Diabetes de 1971 a 2004. A amostra foi estratificada por sexo e manifestação clínica inicial nas diversas décadas. Resultados: 27 crianças com diagnóstico de DM1 entre 0 a 4 anos, correspondendo a 17,08% da amostra total. Houve um aumento significativo do número de casos, principalmente nos últimos 20 anos, tanto em menores de 4 anos quanto em crianças de 5 a 18 anos. Nas primeiras décadas predominou a eclosão em cetoacidose (0 a 4 anos), provavelmente devido ao diagnóstico tardio ($p < 0,01$). Conclusão: houve aumento nas últimas décadas, dos casos prevalentes em crianças nas duas faixas etárias analisadas, sem predomínio, contrariando a literatura. Apesar da pequena casuística concluímos que a abertura do quadro com situações mais graves vem sendo substituído por manifestações clínicas menos intensas.



A 83

Título: Abordagem em conjunto da genética e da radiologia na determinação do diagnóstico de displasias ósseas: relato de caso de hipocondroplasia

Autores: Santa Rosa AAP; Moreira EC; Filippo P; Westin LA; Barbosa Neto JG; Guedes JP; Rodrigues L; Fazecas T; Albuquerque P; Daltro PA

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Pediatria, SP – 2003

A hipocondroplasia (MIM#146000) é uma displasia esquelética de herança autossômica dominante. Seu principal diagnóstico diferencial é com a acondroplasia (MIM#100800), assemelhando-se tanto nos aspectos clínicos como nos radiológicos. A exemplo da acondroplasia, a hipocondroplasia também cursa com encurtamento da distância interpedicular na coluna lombar (configurando um aspecto de coluna “em ponta de lápis”). No entanto, os ossos do crânio são pouco afetados, a pelve é normal e ocorre um alongamento da porção distal da fíbula, cujo comprimento ultrapassa ao da tíbia. Ambas as condições são alélicas, mapeadas em 4p16.3 e causadas por mutações no gene receptor 3 do fator de crescimento de fibroblastos (FGFR3). O diagnóstico diferencial entre as duas displasias é, por vezes, difícil. A hipocondroplasia é menos grave que a acondroplasia, mas os sinais podem se sobrepor, demandando um exame radiológico do esqueleto com incidências específicas de modo a evidenciarem-se as características que distinguem as duas condições. Relatamos a seguir o caso de um paciente acometido de hipocondroplasia, em que a abordagem em conjunto da genética e da radiologia foi o fator que possibilitou o diagnóstico definitivo. Trata-se de um menino de três anos, encaminhado para avaliação de acondroplasia. A baixa estatura foi percebida a partir de um ano e meio. História gestacional e neonatal sem intercorrências. Desenvolvimento neuropsicomotor normal. Pais de altura normal, não consanguíneos. Sem casos semelhantes na família. O exame físico revelou

baixa estatura, fronte um tanto proeminente e encurtamento rizomélico dos quatro membros, porém menos intenso do que o esperado da acondroplasia. A radiografia de esqueleto trazida à primeira consulta mostrou encurtamento dos ossos longos, sem outras alterações visualizáveis. A genética solicitou novo estudo radiológico de esqueleto em outro serviço, desta vez acompanhando o exame e orientando juntamente com a radiologia as incidências a serem realizadas. As novas radiografias mostraram estreitamento da distância interpedicular de L1 a L5, pelve normal e aumento do comprimento de fíbula distal, confirmando assim a hipótese de hipocondroplasia. A importância deste relato de caso reside no fato de representar um exemplo de cooperação efetiva entre a genética e a radiologia, visando ao diagnóstico preciso de condições genéticas tão heterogêneas e variadas como as displasias ósseas, grupo de doenças em que aspectos radiológicos incomuns e pouco conhecidos pela maioria dos profissionais podem fazer a diferença na determinação correta do diagnóstico, fundamental para o prognóstico evolutivo dos pacientes e o aconselhamento genético das famílias.



A 84

Título: Tratamento bem sucedido de um caso de tirosinemia tipo 1

Autores: Santa Rosa AAP; Correia OS; Santalucia GM; Gracia J; Valadares MAB; Oliveira MLC; Bergman A

Local e ano de publicação: Congresso da Sociedade Brasileira de Genética Clínica, Belém – 2004

A tirosinemia tipo 1 ou hepatorenal (OMIM#276700) é uma condição autossômica recessiva causada pela deficiência da enzima fumaryl-acetoacetato hidrolase (FAH), cujos sintomas incluem neuropatia periférica, glomeruloesclerose e carcinoma hepatocelular. Apresentamos o caso de um menino, encaminhado aos 23 meses para investigação inicial revelou aumento de TGO, TGP, fosfatase alcalina, PTT e atividade da protrombina, rarefação óssea (raquitismo hipofosfatêmico) e fígado com múltiplas formações nodulares, cuja biópsia mostrou fibrose, infiltrado inflamatório mononuclear e hepatócitos tumefeitos, alterações compatíveis com a lesão hepática grave e evolução para cirrose. A cromatografia de aminoácidos urinários, e a dosagem plasmática de succinil-acetona foi de 31 umol/L (VR >5 umol/L) confirmando o diagnóstico. O início da dieta com restrição de fenilalanina e tirosina e o uso do NTBC provocam, após 18 meses, supressão das crises de hipoglicemia, diminuição das transaminases e significativa recuperação no crescimento e desenvolvimento. O menino já está cadastrado no programa de transplante hepático do hospital, à espera de doador compatível.



A 85

Título: Trombocitopenia e alterações vasculares periféricas como complicações raras de neurofibromatose tipo 1 (NF1) em uma família

Autores: Santa Rosa AAP; Correia PS

Local e ano de publicação: Congresso da Sociedade Brasileira de Genética Clínica – Porto Alegre – 2003

Neurofibromatose tipo 1 (OMIM#162200) é uma condição autossômica dominante caracterizada por uma displasia progressiva e generalizada dos tecidos mesodérmico e neuroectodérmico, cursando com manchas *café-au-lait*, neurofibromas cutâneos e nódulos de Lisch na íris. Há risco aumentado de malignidade, alterações esqueléticas, oculares e nódulos de sistema nervoso central. O acometimento

vascular é uma complicação pouco identificada e freqüentemente subestimada da neurofibromatose tipo 1 (NF1). As lesões vasculares associadas à doença são principalmente aneurismas e estenoses, além de fístulas, pseudoaneurismas e oclusões. O envolvimento da vasculatura central é amplamente descrito. Contudo, poucos casos de comprometimento periférico foram relatados até o momento, talvez pelo fato de as lesões vasculares possivelmente cursarem sem sintomas clínicos por muito tempo. Aneurismas de artérias femorais, poplíteas, subclávias e mesmo coronarianas já foram relatados (RUGGIERI et al., 2000; YOUNG; STANLEY; MENZOIAN, 2001). Apresentamos a seguir uma família em que o caso-índice, um adolescente, apresenta não apenas acometimento vascular periférico como também trombocitopenia. RNGS, 14 anos, masculino, filho de pais consanguíneos (primos de 2.º grau), apresentava isquemia de membro inferior esquerdo decorrente de estenose fêmuro-poplíteia, tendo sido internado no serviço de Cirurgia Vascular do HGB para revascularização. Na história patológica pregressa, havia o relato de trombocitopenia, investigada em um serviço de Hematologia com biópsia de medula óssea. Como o resultado foi considerado normal, o paciente recebeu alta da Hematologia. O exame físico mostrava a presença de inúmeras manchas café-com-leite, sardas e assimetria de membros inferiores. (MID < MIE). Sua mãe apresentava (além das manchas e sardas) vários neurofibromas. Seu irmão também tinha manchas e sardas. Foi feito então o diagnóstico de NF1 em todos os três. Tanto o paciente como seu irmão apresentavam, ainda, lipomas. Os exames do pai, tios e avós descartaram NF1. A neurofibromatose tipo 1 é uma condição clínica que, por acometer tecidos presentes em vários órgãos, é considerada multissistêmica e interessa a várias especialidades médicas. Cada uma delas pode ser de grande importância no manejo clínico das complicações apresentadas pelos indivíduos afetados. No entanto, ao lidarmos com doenças como essa, é fundamental uma perfeita integração entre os profissionais envolvidos de modo a facilitar o diagnóstico e o seguimento. No caso da família apresentada, cabe ressaltar que, a despeito das manchas *café-au-lait* presentes em três indivíduos, o diagnóstico de NF1 somente foi feito há poucos meses, sem que nenhum dos profissionais de saúde que já os haviam examinado anteriormente avertissem esta hipótese diagnóstica. A NF1 não é uma doença rara, importância de que ela seja bem conhecida por todas as especialidades médicas, pois na grande maioria das vezes serão esses outros profissionais que farão o contato inicial com as famílias afetadas em virtude das complicações apresentadas pelos casos índice. A suspeição do diagnóstico deve ser o primeiro passo, não somente visando ao diagnóstico, mas também ao acompanhamento multidisciplinar que a NF1 exige e que as famílias merecem. Nesta família, o diagnóstico de NF1, mesmo tardio, possibilitará certamente um acompanhamento mais direcionado das complicações apresentadas.



TL 26

Título: Transgeracionalidade e parentalidade em UTI-UI neonatal

Autores: Nunes MF; Zen ET

Local e ano de publicação: XVIII Congresso da ABENEPI, Curitiba – 2005

Objetivo: contemplar a dimensão transgeracional do nascimento ao abrir um espaço de olhar-escuta para os avós dos bebês internados em nossa UTI e UI neonatais. Nesta oportunidade, os avós expressam por meio de palavras seus sentimentos; emoções; os ditos e não ditos; os anátemas, os fantasmas transmitidos inter e transgeracionalmente e tudo o que povoa a cena familiar relacionado ao neto prematuro e/ou enfermo. Sabemos dos fatores de risco não só orgânicos, mas também psíquicos inerentes à situação de prematuridade/doença. Nesta mesma perspectiva, a criança é construída e se constrói pelo “olhar” de seus outros parentais. Os avós veiculam a historicidade de suas respectivas famílias aos seus filhos e estes ao bebê, “autorizando-os” a tornarem-se pais de seu filho e a um só

tempo inscrevendo o neto na linhagem familiar. O trabalho é sustentado pelos conhecimentos da Psicanálise, realizado em grupo semanal, no horário anterior a visita dos avós. Estas intervenções pontuais dirigidas aos avós facilitam seu envolvimento e apoio aos próprios filhos. Os resultados são evidenciados pela presença regular e efetiva dos pais no evolver do tratamento e em uma melhor interação, desenvolvimento e alta precoce de seus bebês. Assim como pode ser observado no acompanhamento dos recém-nascidos de risco.



P 18

Título: Intervenções possíveis em Unidade Materno-Infantil pública

Autores: Zen ET; Nunes M; Luescher S; Freitas S; Marinho I

Local e ano de publicação: XVIII Congresso da ABENEPI. Curitiba – 2005

Objetivo: ressaltar a importância de intervenções precoces, o mais a tempo possível, em saúde mental no ciclo gravídico-puerperal. A Psicanálise revela uma flagrante modificação na vida psíquica da mulher do casal e da família, seus efeitos e sua influência na constituição subjetiva do bebê. Inúmeros estudos demonstram que quanto mais cedo se intervém, mais eficaz se mostrará o trabalho de prevenção no que concerne à qualidade do laço mãe-bebê e seu desenvolvimento. Nosso trabalho é desenvolvido em grupo e individualmente. No pré-natal, instauramos um lugar de palavras onde as mulheres podem expressar suas tristezas; temores; ambivalências e sentimentos inerentes a esse tempo. Gestantes de risco (internadas): neste cenário ouvimos a mulher, pois a ambivalência pode provocar mal-estares e sintomas diversos colocando em risco a saúde e a vida da mãe/bebê. O trabalho é focado na possibilidade dessa multiplicidade de sintomas estarem sendo metaforizados por lutos não elaborados, por ditos e não ditos no contexto daquela gestação específica. No pré-parto/sala de parto, solicitados, intervimos, pois consideramos o nascimento como protótipo da situação de angústia. Nas UTIs/UIs Neonatais ouvimos as questões suscitadas pelos pais e seus desdobramentos. Contemplamos a dimensão psíquica transgeracional do nascimento por meio da escuta dos avós em um trabalho grupal. No alojamento conjunto, acolhemos as puérperas no encontro com o real do bebê. Inúmeras mulheres não confirmam o mito da maternidade feliz. As puérperas necessitam deste olhar-escuta para que possam expressar sentimentos e angústias que as fazem sentir-se “diferentes”.



A 86

Título: Amamentação e questões subjetivas envolvidas no processo

Autor: Zen ET

Local e ano de publicação: XVIII Congresso da ABENEPI. Curitiba – 2005

Subjetivo é o existente no sujeito, relativo ao sujeito, singular. Sabemos que na experiência primordial de satisfação que ocorre no momento da alimentação, o bebê absorve ao mesmo tempo em que o leite, indispensável para sua saúde, um conjunto complexo de sinais da presença materna, no sentido de que ela implica o desejo da mãe; seu olhar; sua expressão facial; sua voz; o calor de sua pele; seu cheiro; seu colo e todo o afeto veiculado por ela. Ademais, a mãe em função apresenta uma sensível capacidade de reagir à postura do bebê atribuindo-lhe um sentido, entrando em comunicação e sintonia com ele. Ao final da mamada ao ocorrer a completude gástrica, se produz igualmente o registro simultâneo no bebê de que ele é alguém que conta para o outro, ou seja, a base mesma da existência

no sentido psíquico do termo. Entretanto, o ciclo gravídico-puerperal é um momento delicado na vida do casal, por ser uma fase de intensos remanejamentos psíquicos e labilidade de humor, no qual a possibilidade de alguma estabilidade depende, especialmente, da mulher se identificar com o próprio filho e com sua imago materna, sendo esta vivência única: com cada filho a cada vez. Nesta perspectiva, podem ocorrer disfunções no exercício da maternidade prejudicando o enlaçamento mãe-filho que poderão representar riscos não só para o desmame precoce, mas também, riscos para a constituição psíquica do bebê! A proposta é refletir e discutir estas questões subjetivas que são as raízes de muitas recusas ou fracassos na amamentação, presentes no cotidiano da clínica pediátrica.



A 87

Título: Diagnóstico fetal e neonatal do luto parental

Autor: Zen ET

Local e ano de publicação: XVIII Congresso da ABENEPI. Curitiba – 2005

Quando uma doença/malformação/síndrome é detectada e comunicada na gestação ou no período neonatal afeta todo o desenvolvimento do bebê, ameaçando seu equilíbrio psíquico, psicossocial e seu futuro. Os pais, frente à saúde e à vida do filho ameaçada sentem-se impotentes, inquietos, culpabilizados. Este acontecimento pode provocar uma detenção na construção da parentalidade. Assim, a comunicação diagnóstica e os sentimentos por ela suscitada, ocupam lugar de destaque pela importância e impacto decisivos nas relações entre a equipe/família/criança; no prognóstico e tratamento. Nosso objetivo primordial é abrir um espaço de escuta para os sentimentos/movimentos de recusa, negação, revolta, lamento e choro que revelam-se preciosos no trabalho de elaboração do luto dos pais e vem se mostrando uma das formas mais eficazes de prevenção em saúde mental. Não obstante os notáveis progressos no diagnóstico e tratamento das doenças, a tarefa de comunicar uma malformação ou síndrome é sempre difícil e delicada; uma prova para todos. Mesmo com prognóstico de sobrevida, este filho pode tornar-se uma “criança de risco psíquico” pois esses acontecimentos têm o poder de apagar a imagem mental do filho na cabeça dos pais pelo grau de traumatismo psíquico que representam. E a imagem que os pais têm é parte constitutiva do bebê! A autora se dispõe a discutir as questões envolvidas neste processo seus efeitos deletérios sobre os pais e, como consequência, sobre a própria criança.



A 88

Título: Meninas-mães: considerações sobre o implícito não pensado

Autores: Zen ET; Nunes M; Luescher S

Local e ano de publicação: XVIII Congresso da ABENEPI, Curitiba – 2005

As taxas de gravidez na adolescência têm crescido de forma vertiginosa, assim como sua recorrência. Tal quadro mostra-se verdadeiramente democrático já que atinge todas as classes sociais indistintamente. No Brasil, o governo e os formuladores de políticas públicas estão alarmados com a dimensão avassaladora com que essa “epidemia de gravidez” vem assolando a população jovem. Inicialmente, os Serviços de Saúde atribuíam ao fato como consequência da pouca informação que acompanha a sexualização precoce; incrementada pelos meios de comunicação. Entretanto, pesquisadores que investigaram o fenômeno concluíram que essas adolescentes estavam perfeita-

mente informadas sobre métodos contraceptivos, mesmo nas camadas menos favorecidas, mas não os utilizavam! Nesta perspectiva, decidimos fazer um recorte no universo das adolescentes (de 10 a 18 anos) grávidas que recorreram ao HGB no período de 1.º de fevereiro a 30 de abril de 2005. Norteadas por um roteiro que versava sobre: contracepção; sexualidade; maternidade; relações com os pais, etc. Nossos dados foram coletados e analisados. Alguns resultados preliminares falam em favor de uma recusa da assunção da própria sexualidade e suas conseqüências (entre elas a gravidez e as DST); com o adolescente permanecendo em uma eterna posição dependente e infantil dos pais. Revelou-se certa confusão entre feminilidade e maternidade como sinônimos obrigatórios.



A 89

Título: Intervenções precoces na gestação de alto risco: prevenção em saúde mental?

Autores: Zen ET; Nunes MF

Local e ano de publicação: Este artigo será publicado no livro: "A Ética e o Cuidado com o Bebê" (6.º ENSB) em 2006

As autoras partem de um questionamento sobre a real e efetiva importância da abertura de um espaço de escuta e intervenção precoce na gestação de alto risco como fator de prevenção em saúde mental em face da vulnerabilidade em que a mulher, o casal e a família estão submetidos ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Elas observam que embora existam ainda muitas questões a serem pesquisadas sobre a vida intra-uterina, já está posto que o estado emocional da mãe trás conseqüências de maneira manifesta no que vai se passar com o bebê não só no final da gestação, como também no período neonatal. Nesta perspectiva, toda gestação pode ser potencialmente considerada de risco não só orgânico como psíquico. Elas propõem que para além dos exames e do acompanhamento pré-natal a gestação seja também um lugar em que as palavras possam circular, ou seja, um lugar de escuta dos sentimentos, emoções, afetos e agruras que acometam especialmente a mulher neste período. O mito da maternidade feliz muitas vezes impede que a mulher expresse sentimentos estranhos e perturbadores, muito freqüentes nesse momento. Deste modo, foi instaurado um grupo de gestantes na sala de espera do pré-natal de alto risco do CASMCA. As possibilidades e as vicissitudes advindas deste trabalho e seus efeitos sobre as mulheres e suas famílias são recortadas neste pequeno artigo de seis páginas.



A 90

Título: Intervenções precoces no recém-nascido de risco

Autores: Zen ET; Motta SPS

Local e ano de publicação: Manual de Cuidados do Recém-Nascido. Ministério da Saúde (no prelo)

As autoras a partir do convite feito pelo Ministério da Saúde discorrem sobre cada um dos termos do título, bem como apresentam uma miríade de possibilidades de intervenção, não só por parte dos profissionais da área "Psi" (psicanalistas, psicólogos), como também por outros membros da equipe de saúde em contato com o recém-nascido e sua família. Elas apontam não só para a recomendação feita pela OMS de que não basta agenciar a saúde na infância, desconhecendo-se que ali está em construção um psiquismo singular naquela criança. Salientam que a prevenção de riscos no desenvolvimento psíquico e até mesmo de psicopatologias neste período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano. Entre outras questões, acentuam a importância do olhar bifocal do profissional de saúde em relação ao recém-nascido de risco (prematuros e/ou enfermos, bebês síndromicos) e seus outros parentais (de quem foram separados precocemente) bem como um olhar-escuta para a interação entre ambos.



TL 27

Título: Crianças e adolescentes vitimizados: um caso de violência fatal

Autora: Luzia Magalhães Cardoso

Local e ano de publicação: XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – 2004

Trata-se de um relato analítico-descritivo de um caso de violência fatal intrafamiliar. Uma criança de dois meses de idade, em aleitamento no seio materno, fora internada em uma unidade de saúde devido a fraturas de fêmures. Nos atendimentos com os profissionais de saúde, os familiares relataram histórias de brigas constantes no relacionamento conjugal. Família monoparental, de baixo poder aquisitivo, negavam dificuldades financeiras. A gestação não fora planejada. O casal apresentava dificuldades de organização para o acolhimento da criança. Os atendimentos dos profissionais da instituição se mantiveram durante todo o período de internação da criança. Ainda durante o processo de hospitalização, a situação fora encaminhada ao Conselho Tutelar do local de residência da criança e este provocou o Ministério Público. Os genitores foram encaminhados a uma instituição especializada no atendimento de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Embora os responsáveis tenham perdido sua internação hospitalar, não houve a suspensão dos pais ao seu acompanhamento hospitalar. Ainda internada, a criança fora a óbito por asfixia pelo leite materno e os pais condenados por homicídio. A avaliação do atendimento realizado junto aos familiares e das providências para a sua proteção após a alta hospitalar, fatores de ordem interna dos próprios profissionais impediram-nos de solicitar o afastamento dos genitores do processo de acompanhamento hospitalar.



TL 28

Título: Avaliação inicial do programa de transplante hepático pediátrico – Hospital Geral de Bonsucesso – RJ

Autores: Alexandre A; Marcelo E; Pacheco L; Balbi E; Martinho JM; Breitas M; Anderson S; Gracia J; Valadares M; SantaLucia G

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Pediatria – 2003

Apesar do avanço na terapia medicamentosa, o transplante hepático continua sendo a terapia definitiva para a criança com doença terminal hepática. Técnicas cirúrgicas inovadas e a imunossupressão melhoraram significativamente a sobrevida dos pacientes. Entretanto, o transplante hepático ainda é um desafio devido às dificuldades na doação do órgão e complexa técnica cirúrgica. No mundo, de 15 a 20% dos transplantes são realizados na faixa etária pediátrica, demonstrando a urgência do início do programa em nossa cidade. Nosso estudo mostra a experiência inicial do programa do transplante hepático nesse hospital. O primeiro passo foi o planejamento e a preparação de toda a equipe, iniciado em setembro de 2001 a março de 2002, com a contratação de especialistas pediátricos (hepatologistas, intensivistas, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais) associada à equipe cirúrgica de transplante hepático de adulto. A faixa etária das crianças transplantadas foi de 10 meses a 16 anos, o peso variou de 6,5 a 40kg. As indicações foram: quatro casos de atresia de vias biliares, um de glicogenose tipo IV, um de insuficiência hepática fulminante, um de deficiência alfa 1- antitripsina, uma hipoplasia de vias biliares e uma doença de Caroli. Foram realizados cinco enxertos cadavéricos, quatro intervivos, sendo uma destas monosegmento. Complicações: reoperação por perfuração intestinal tratados com ileostomia (2 casos – 22,2%); fístula biliar (2 casos – 22,2%) – 1 caso tratado por punção percutânea e outro caso tratado com dreno sub-hepático na vigência da re-operação;

colecção intra-abdominal (1 caso – 11,1%) com tratamento conservador. As drogas imunossupressoras utilizadas pelo nosso serviço são o Tacrolimus e a Prednisona, apenas em um caso foi utilizada a Ciclosporina. Todos os pacientes transplantados nesse serviço continuam vivos até o momento, com boa evolução, não sendo necessário nenhum re-transplante. O bom resultado inicial está associado à experiência dos cirurgiões de transplante hepático com a equipe pediátrica multidisciplinar.



TL 29

Título: Transplante hepático dominó: relato da experiência que visa a diminuir a complexidade da cirurgia do doador de enxerto dominó

Autores: Moreira LP; Oliveira ME; Cerqueira A; Balbi E; Pereira JL; Halpern M; Oliveira A; Peixoto A; Miecznikowski R; Auler L; Diaz R; Muharre RJ; Caroli A; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

A pequena oferta de fígados para transplante em relação ao número de pacientes em lista de espera para transplante hepático fez com que houvesse um esforço para aumentar o número de doadores. Transplante dominó ou seqüencial significa que os órgãos explantados de um paciente são transplantados em outro. Nos pacientes portadores de para-amiloidose familiar (PAF) tipo I, o fígado explantado é normal exceto pela produção de transtiretina met-30. Desde 1997, fígados explantados de pacientes com PAF são utilizados em pacientes idosos com cirrose ou mesmo pacientes mais jovens com carcinoma hepatocelular. O tendão de Aquiles do transplante hepático dominó continua sendo o comprimento da veia cava inferior (VCI) supra-hepática. A técnica de transplante utilizada nos pacientes com PAF tornou-se mais complexa com objetivo de oferecer melhores enxertos para o transplante dominó. Mudanças como a abertura do pericárdio e utilização de *bypass* veno-venoso, necessárias para se obter um maior comprimento da VCI, foram associadas a algumas complicações drásticas já descritas na literatura. Neste caso, descrevemos o sucesso que obtivemos com uma técnica que permite que a hepatectomia do paciente com PAF seja feita com preservação da VCI e que dispensa a abertura do pericárdio e utilização de *bypass*. Nesta técnica, um enxerto venoso proveniente do doador cadáver é utilizado para adequar a drenagem venosa do fígado utilizado como enxerto dominó, o qual é implantado seguindo a técnica de *piggyback*. Esta nova técnica pode ser vista como uma estratégia para reduzir os riscos de complicações, em especial no paciente com PAF. Assim sendo, esta técnica está de acordo com a filosofia do transplante dominó, que é oferecer um enxerto adicional à fila de transplante sem que isto implique num aumento dos riscos do transplante do paciente com doença metabólica.



TL 30

Título: Biópsia hepática por videolaparoscopia. Qual a real indicação? Análise consecutiva de 194 biópsias hepáticas

Autores: Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Balbi E; Martinho JM; Caroli A; Peixoto A; Pereira JL

Local e ano de publicação: CBC – 2003

A primeira biópsia hepática percutânea foi realizada no século XIX, no ano de 1883, na Alemanha. Entretanto, esta técnica só passou a ser difundida após os trabalhos de Menghini, no ano de 1958. Nos estudos iniciais, as agulhas utilizadas eram de pequeno calibre (21 G, 22 G) por razões de segurança, permitindo apenas estudos de citopatologia. A utilização posterior de agulhas de maior calibre (16 G, 18 G), permitiu melhoria na técnica possibilitando ao patologista

a obtenção de diagnósticos mais seguros e específicos. Nos dias de hoje, existem várias formas de se obter um fragmento do tecido hepático, isto é, várias formas de realizar uma biópsia do fígado: biópsia percutânea; biópsia transjugular; biópsia laparoscópica. Cada um destes métodos apresenta vantagens e desvantagens. Material e métodos: analisamos consecutivamente 194 biópsias hepáticas realizadas em 182 pacientes no período de agosto de 2001 a setembro de 2002. A via percutânea foi utilizada em 158 casos, a via transjugular foi utilizada em 33 e a via videolaparoscópica foi utilizada em três casos. Todas as biópsias foram realizadas pelos autores. As principais indicações foram: avaliação pré-tratamento de hepatite crônica por vírus da hepatite C (79 casos), avaliação pós-transplante hepático (30 casos), biópsia de massa hepática (23 casos) e outras indicações (62 casos). A idade variou de 1 a 79 anos. Em todos os pacientes foi realizada contagem de plaquetas e tempo de atividade de protombina, assim como suspensão de eventual medicação que interferisse na coagulação. A maioria dos pacientes foi hospitalizada por período de seis a oito horas. Foi avaliado o sucesso do método na obtenção de fragmento adequado ao diagnóstico histopatológico, tamanho do fragmento em milímetros, qualidade da amostra (fragmentada ou não), número de punções necessárias, complicações e custos dos procedimentos. Resultados: a biópsia hepática foi realizada por via percutânea em 81% dos casos, a via transjugular foi indicada em 17,1% dos casos. A biópsia por via videolaparoscópica foi indicada em somente 1,5% dos casos. A escolha da biópsia por via transjugular ocorreu na maioria das vezes devido a coagulopatia (plaquetas <50.000 e TAP <50%). A biópsia por via videolaparoscópica foi indicada em dois casos devido à realização de colecistectomia concomitante e em um caso pela necessidade de avaliação de possível doença peritoneal. A taxa de sucesso na obtenção de fragmento foi de 92%, o material foi adequado para o diagnóstico em 91% dos casos. Apenas uma punção foi suficiente em 78% dos casos, nos restantes o número variou de 2 a 5 punções. A principal complicação foi dor leve (sem necessidade de analgesia) em 32% dos casos. Conclusão: a biópsia hepática é indicada na maioria das vezes para avaliação de doença difusa do parênquima hepático, portanto sendo passível de realização por via percutânea “às cegas”, com anestesia local e internação de apenas seis horas.



TL 31

Título: Avaliação do resultado inicial de um programa de transplante hepático: análise dos primeiros 28 casos

Autores: Moreira LP; Enne M; Cerqueira A; Balbi E; Pereira JL; Halpern M; Oliveira A; Peixoto A; Santalucia G; Gracia J; Valadares M; Coelho F; Valette COS; Frankenfeld LM; Paranhos GK; Miecznikowski R; Auler L; Diaz R; Caroli A; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

Os excelentes resultados do transplante hepático no tratamento de pacientes com insuficiência hepática aguda ou crônica fizeram com que houvesse um aumento das suas indicações. Assim sendo, cada vez mais torna-se evidente a escassez de doadores cadáveres e a necessidade de aumentar o *pool* de enxertos. O objetivo deste trabalho é avaliar o resultado inicial deste programa de transplantes, em que se procurou otimizar ao máximo o *pool* de doadores em nosso estado. De outubro de 2001 a fevereiro de 2003, 28 pacientes foram submetidos a 28 transplantes hepáticos pela nossa equipe. Dezenove transplantes (67,7%) foram realizados com enxertos inteiros de doadores cadáveres, sendo que cinco destes enxertos foram descartados pelas outras equipes do estado. Em sete casos (25%) foram utilizados enxertos provenientes de doadores vivos (3 fígados direitos, 1 fígado esquerdo, 2 lobos esquerdos e 1 segmento III). Em um paciente (3,5%) foi utilizado um enxerto inteiro proveniente de um paciente com para-amiloidose (transplante dominó) e em um paciente pediátrico (3,5%), foi utilizado um enxerto reduzido de doador

cadáver. Em relação às indicações de transplantes, 42,8% dos pacientes apresentavam infecção pelo VHC, 25%, doença colestática, em 10,7% a indicação foi cirrose alcoólica, em 10,7%, foi hepatite fulminante. Foram observadas outras indicações em 10,7% dos casos. Dois pacientes apresentavam menos de 10kg no momento do transplante e as idades dos pacientes variaram de 8 meses a 64 anos. A imunossupressão foi tripla com corticóide, inibidores de calcineurina e MMF. Em três pacientes com disfunção renal, utilizou-se *basiliximab* como forma de retardar a introdução do inibidor de calcineurina. Apesar de uma taxa de apenas 50% de enxertos “tradicionais”, de três casos (10,7%) de insuficiência hepática fulminante e de dois pacientes (7,1%) apresentar menos de 10kg, apenas dois pacientes (7,1%) foram re-operados e 27 pacientes (96,4%) estavam vivos 30 dias após o transplante. Observamos três óbitos (10,7%) durante o primeiro ano de avaliação. O grande esforço para aumentar o *pool* de doadores não foi acompanhado de um aumento da mortalidade operatória e de mortalidade no primeiro ano pós-transplantes. Os resultados iniciais obtidos são comparáveis aos melhores resultados da literatura mundial.



TL 32

Título: Insuficiência hepática aguda e transplante hepático: avaliação de 27 casos

Autores: Campos A; Balbi E; Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Halpern M; Oliveira A; Fernandes F; Pereira G; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: IV Congresso Brasileiro de Transplante Hepático – 2004

Introdução: apesar dos avanços na hepatologia moderna, o tratamento de pacientes com diagnóstico de insuficiência hepática aguda (IHA) ainda representa um desafio. Objetivos: Analisar os dados etiológicos e de sobrevida de 27 pacientes admitidos com diagnóstico de IHA. Pacientes e Métodos: de junho/02 a março/04, foram avaliados 27 pacientes com diagnóstico de IHA e critérios de internação em centro de transplante hepático (TH). A média de idade foi de 32 anos (3-65 anos) e 74% dos pacientes eram do sexo feminino. Foram avaliadas as etiologias e o curso das IHA nos pacientes com indicação de TH e no grupo em que o TH não estava indicado. Resultados: a principal etiologia encontrada foi hepatite medicamentosa, respondendo por 33,3% dos casos. As demais etiologias observadas foram: hepatite auto-imune (22,2%), hepatite aguda pelos vírus A – VHA (11,1%) e B - VHB (11,1%), esteatose gravídica (7,4%), doença de Wilson (3,8%) e etiologia indeterminada (11,1%). Vinte pacientes (74%) foram incluídos em lista de TH, conforme os critérios de Clichy ou de O' Grady. Destes, 11 foram submetidos ao procedimento (55% dos listados ou 40% do total). Dois pacientes apresentaram melhora clínica (etiologias VHA e VHB) sendo retirados da lista de TH, porém sete pacientes (35% dos listados ou 26 % do total) faleceram durante o período de espera, por complicações infecciosas e neurológicas. O tempo médio em lista foi de quatro dias (variando de 6 horas a 10 dias), inclusive para os que faleceram à espera de um órgão. Entre os sete pacientes que não foram listados para TH, apenas dois não preenchiam os critérios para tal e ambos apresentaram recuperação funcional apenas com o tratamento clínico. Os demais cinco pacientes (18% do total) apresentavam complicações clínicas extremamente graves na admissão hospitalar e faleceram precocemente. Portanto, 44% dos pacientes faleceram sem que pudesse ser realizado o TH, e apenas 15% apresentaram melhora clínica permitindo a não realização do mesmo. 40% dos pacientes admitidos foram submetidos ao TH, sendo que em um caso foi utilizado doador vivo para criança de 3 anos. A sobrevida em 30 dias foi de 72%. Os três óbitos ocorreram por sepse, falência de múltiplos órgãos e morte cerebral no pós-operatório. Conclusão: a IHA representa um desafio clínico e cirúrgico constituindo uma situação de emergência médica na qual o tempo de espera por um tratamento definitivo é um importante fator prognóstico. Tanto a adoção de medidas clínicas de suporte/tratamento quanto à necessidade de uma avaliação precoce das indicações de TH e inclusão em lista de espera devem ser feitas com extrema precisão e rapidez.



TL 33

Título: Transplante hepático em pacientes com cirurgia abdominal prévia

Autores: Amil R; Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Alves J; Santos PI; Dias R; Gouvêa G; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: IV Congresso Brasileiro de Transplante Hepático – 2004

Introdução: transplante hepático em abdômen previamente operado representa um desafio para o cirurgião, exigindo cautela e precisão durante o procedimento para que o resultado seja satisfatório. **Objetivo:** analisar e comparar os resultados do transplante hepático em pacientes adultos com e sem cirurgia abdominal prévia. **Métodos:** quarenta e um adultos com doença hepática crônica foram transplantados entre outubro de 2001 e março de 2004. Sete (17,07%) foram transplantados com doador vivo. O Grupo 1 era composto de pacientes que não apresentavam cirurgia abdominal prévia (n:22), o Grupo 2 pelos pacientes com cirurgia abdominal prévia (n:19). Um estudo retrospectivo foi realizado comparando os dois grupos, analisando o tempo operatório, o uso de hemoderivados, a taxa de extubação precoce (na sala de operação) e o tempo de internação no CTI e internação total. Foi utilizado o teste t Student para comparar os grupos, considerando resultado significativo quando $p < 0,05$. Também foi avaliada a morbidade e mortalidade pós-operatória entre os grupos. **Resultados:** o tempo operatório não apresentou alteração significativa entre os grupos 1 e 2 (626 ± 114 min e 693 ± 132 min, respectivamente). Em relação ao uso de hemoderivados, observamos que no grupo 1 foram utilizados $3,13 \pm 3,05$ unidades de concentrado de hemácias (CH), $0,85 \pm 2,58$ unidades de plasma fresco (PF) e $0,25 \pm 1,11$ unidades de plaquetas (PQT). No grupo 2, utilizou-se $2,94 \pm 3,15$ unidades de CH, $1,0 \pm 2,02$ unidades de PF e $0,42 \pm 1,83$ unidades de PQT. Esta diferença também não teve significado estatístico. Quatorze pacientes (63,6%) no grupo 1 e 14 (73,7%) no grupo 2 foram extubados na sala de operação. Os tempos de internação no CTI e total também foram semelhantes nos grupos 1 e 2 ($7,1 \pm 7,55$ dias e $15 \pm 7,45$ dias vs. $7,68 \pm 7,34$ dias e $19,2 \pm 12,1$ dias, respectivamente). Dois pacientes do grupo 1 (09%) e sete pacientes do grupo 2 (30%) foram re-operados. A mortalidade operatória foi de 9% no grupo 1 e 10% no grupo 2. **Conclusão:** a cirurgia abdominal prévia torna o transplante hepático mais trabalhoso, sem aumentar o tempo operatório, o tempo de internação no CTI e hospitalar. Apesar de observarmos um aumento na taxa de reoperações nos pacientes com cirurgia abdominal, isto não implicou no aumento da mortalidade operatória.



TL 34

Título: I Want a liver transplantation. I want to donate the liver. Are we able to be operated? Selection Donors for living donor liver transplantation

Autores: Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Balbi E; Alves J; Amil R; Campos A; Martinho JM; Pereira JL

Local e ano de publicação: IV Congresso Brasileiro de Transplante Hepático – 2004

Introduction: the selection of donor for living donor liver transplantation (LDLT) is one of the most important features of the procedure. Donor safety is the most important issue related to LDLT. The selection of donor for LDLT is pointed by two purposes: (1) certify the safeness of the surgical procedure for the donor and (2) pointing out donor grafts with potential risks for the recipient. Evaluation of the potential donor are a stepwise procedure, unsuitable donors may be excluded as early as possible

in the evaluation process. A major number of patients who are nominee for LDLT are unfit to detect potential donors who satisfy the donor criteria. Objective: the aim is to describe at a single center: the donor evaluation process; the number of the potential donor who became an effective donor; why they are not eligible to donate; the number of the adults and pediatrics recipients who are eligible for LDLT are able to identify a donor. Patients and Methods: during 27 months, a period between December 2001 and March 2004, 52 donors (15 infants and 37 adults) were evaluated for 35 recipients (13 infants and 22 adults). The donor liver evaluation was divided into three stages. Phase one includes clinical, surgical and psychosocial initial evaluation. Serum electrolyte, blood count, liver chemistries, hepatitis serological tests and abdominal ultrasound with Doppler were performed if the donor had no obvious contraindication to donation. Phase two includes tests to exclude chronic liver disease. Volumetric study with magnetic resonance (MR) imaging, MR angiogram and MR cholangiogram were performed mainly for right-liver LDLT. Phase three includes hepatic angiogram. Liver biopsy was not routinely performed. All exclusion criteria to donation were listed for adults (right-liver) and pediatric (left lateral segment) recipients. Results: 16 donors were able to donation after the evaluation process, (30,7% of the donors evaluated). 14 patients received a LDLT and 2 patients are now waiting the donation. The exclusion criteria were possible grafts with potential risks for the recipients (50%) psychosocial status or donation refusal (31%) and safeness of the donor (18%). 36% of the adults recipients eligible for LDLT is able to identify a donor. 61% of the pediatric recipients eligible for LDLT is able to identify a donor. Conclusion: The first limit for LDLT is the donor evaluation, at our center 30,7% of potential donor evaluated is found suitable and undergo donation.



TL 35

Título: Hepatic artery anatomy in 47 consecutive liver transplants: surgical significance of anatomic variations

Autores: Cerqueira A; Martinho JM; Oliveira ME; Moreira LP; Balbi E; Amil R; Pereira JL

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Transplantes – 2005

The anatomy of the hepatic artery is of great importance for general and transplant surgeons. The arterial vascular anatomy of the liver has played a significant clinical role during the last decade, especially after the considerable development of hepatopancreatobiliary surgery and the constant development of liver transplantation. The chronic shortage of cadaver livers has led many surgeons to propose surgical innovations and alternative approach, namely, reduced-size, split and living related transplantation, which are now routinely performed in both adult and pediatric populations, and which require a detailed knowledge of the hepatic artery supply. Recognition and appropriate reconstruction of such variants are essential in liver transplantation since the absence of an adequate hepatic arterial supply usually results in graft loss due to ischaemic biliary and parenchymal complication. Objective: analyses the effect of anomalous donor hepatic artery supply and outcome following transplantation with whole or reduced liver grafts. Methods: The records of 47 patients who underwent liver transplantation by Bonsucesso General Hospital, Liver Transplant Service between Mar 2001 and Aug 2003 were reviewed. The group consisted 26 males and 21 females. Age was between 8 months and 68 years. Donor arterial anatomy was recorded as it was described in operative notes of both the donor harvest and the recipient transplantation procedures. The 47 transplants consisted of 33 cadaver transplantation with whole liver, 2 reduced liver transplantation in pediatric population and 12 living related liver transplantation. A modification of Michel's classification scheme was used (with four principal types). Most of arterial anastomoses were done with running 7-0/9-0 polypropylene suture. Results: arterial variations in 47

grafts could be classified as one of four types: Type 1, n=32 (68%) with normal pattern, the common hepatic artery arose from the celiac axis to form the gastroduodenal and proper hepatic arteries, the proper artery divided distally into right and left branches; Types 2, n = 6 (12,7%) with a replaced or accessory left hepatic artery arose from the left gastric artery; Type 3, n = 4 (8,5%) with a replaced or accessory right hepatic artery originated from superior mesenteric artery and Type 4, n = 5 (10,5%) with double-replaced pattern, the right hepatic artery arose from the superior mesenteric artery and the left hepatic artery was a branch of the left gastric artery. In this, four needed reconstruction arterial on the back table preparation. In our study, hepatic artery stenosis was demonstrated in 1 (2,1%) case, without anomaly donor hepatic artery. In this patient, artery revascularization was guaranteed after angioplasty and stent with successful. None cases with variation (32%), demonstrated arterial complication. In conclusion, hepatic artery anomalies preserved and managed appropriately do not necessarily compromise graft outcome in liver transplantation.



TL 36

Título: Anatomia da artéria hepática em 53 transplantes hepáticos: importância cirúrgica das variações de artérias

Autores: Cerqueira A; Pacheco-Moreira L; Enne M; Balbi E; Martinho JM

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Hepatologia – 2004

Introdução: a anatomia da artéria hepática possui uma relevante importância para a Cirurgia Geral. Com o desenvolvimento considerável da cirurgia hepatobiliar e transplante hepático, o conhecimento anatômico arterial passou a ter expressivo papel nos resultados de tais procedimentos. A baixa oferta de órgãos cadavéricos tem conduzido diversos centros transplantadores a proporem técnicas cirúrgicas inovadoras como: fígado reduzido, transplante intervivos e *split liver*, os quais requerem detalhado conhecimento da anatomia arterial normal e suas variações. O reconhecimento e a apropriada reconstrução de tais variantes são essenciais para o êxito do transplante hepático visto que, a ausência de adequado suprimento arterial resulta em perda do enxerto devido à isquemia biliar e complicações parenquimatosas. **Objetivo:** avaliar o efeito da anomalia arterial hepática no transplante hepático. **Métodos:** no período de março de 2002 a março de 2004, 53 transplantes de fígado foram realizados no Hospital Geral de Bonsucesso. No estudo foram incluídos 29 homens e 24 mulheres. A idade variou de 8 meses a 68 anos. A anatomia arterial foi descrita após preparo do enxerto na fase de mesa. Dos 53 transplantes, 14 foram intervivos, dois foram de fígado reduzido e 37 transplantes de cadáver. A classificação de Michel's modificada foi usada com quatro principais tipos (I – normal; II – artéria hepática esquerda da artéria gástrica esquerda; III – artéria hepática da direita da artéria mesentérica superior e IV - II + III). A maioria das anastomoses arteriais foi realizada com prolene 7-0 (sutura contínua) e nos casos de intervivos com *nylon* 9-0 com pontos separados. **Resultados:** a variação arterial do tipo I foi encontrada em 34 casos – 64%; II em seis casos – 11%; III em oito casos – 15% e tipo IV em cinco casos – 9%. Em seis casos do tipo III foi necessária reconstrução arterial na fase de preparo da mesa (*back table*). Na nossa casuística, estenose da artéria hepática ocorreu em um caso – 1,8%. Neste caso, a revascularização arterial foi alcançada com sucesso após angioplastia percutânea com *stent* de coronária. Trombose da artéria hepática ocorreu em um caso – 1,8%, no qual havia uma anomalia arterial Tipo II (estatisticamente não significativo – um caso em 19 variações) e um estado de hipercoagulabilidade (síndrome de Budd-Chiari por deficiência de proteína S), perfazendo um total de complicação arterial em 3,6%, o que corresponde os resultados da literatura mundial. **Conclusão:** a presença de anomalia arterial hepática, quando reconhecida e conduzida de maneira adequada (realização da anastomose na fase de preparo), não compromete o resultado do transplante hepático.



P 19

Título: Avaliação do resultado inicial do transplante hepático intervivos adulto e pediátrico: análise dos primeiros sete casos

Autores: Oliveira ME; Moreira LP; Cerqueira A; Balbi A; Pereira JL; Halpern M; Oliveira A; Peixoto A; Santalucia G; Gracia J; Valladares M; Oliveira FGCS; Ortiz C; Mendonça LF; Paranhos GK; Miecznikowski R; Auler L; Diaz R; Caroli A; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

Os excelentes resultados do transplante hepático no tratamento de pacientes com insuficiência hepática aguda ou crônica fizeram com que houvesse um aumento das suas indicações. Assim sendo, cada vez mais fica evidente a escassez de doadores cadáveres e a necessidade de aumentar o *pool* de enxertos. O início de um programa de transplante hepático intervivo vai de encontro a esta necessidade, porém apoiada em segurança e experiência na realização de hepatectomias. O objetivo deste trabalho é avaliar o resultado inicial do transplante hepático intervivos adulto e pediátrico em nosso estado. De dezembro de 2001 a janeiro de 2003, sete pacientes foram submetidos a transplante hepático com doadores vivos, de um total de 28 transplantes realizados pela nossa equipe (25% do total de transplantes). A idade dos pacientes receptores variou de 9 meses a 64 anos (média de 43 anos). Quatro pacientes eram adultos e três pediátricos, dois pacientes pediátricos pesavam menos de 10kg. Os enxertos utilizados foram três fígados direitos (segmentos V, VI, VII, VIII), um fígado esquerdo (segmentos I, II, III, IV), dois lobos esquerdos (segmentos II e III) e um monosegmento III. Em relação às indicações de transplantes, nos pacientes pediátricos a indicação foi doença colestática (atresia de vias biliares, hipoplasia de vias biliares e cisto de colédoco). Nos pacientes adultos a indicação foi cirrose pelo vírus C da hepatite em três casos e doença colestática em um caso. O tempo médio de cirurgia foi de 12 horas, um paciente foi reoperado devido a sangramento intra-abdominal, a mortalidade em 30 dias de 14,2% (um caso). Em relação aos doadores, seis eram relacionados e um não relacionado. A idade variou de 25 a 42 anos, o tempo médio de cirurgia foi de oito horas e o tempo médio de internação hospitalar foi de cinco dias. Nos doadores, observamos duas complicações menores (queimadura por bisturi elétrico) e uma pneumonia pós-operatória tratada com antibióticoterapia oral. O transplante hepático intervivos, representou 25% do número de transplantes realizados em nosso centro, o que espelha a estatística nacional no ano de 2002 segundo a ABTO.



P 20

Título: O espectro da estenose biliar, desde o tratamento conservador até o transplante hepático

Autores: Madureira FAV; Pacheco-Moreira L; Enne M; Cerqueira A; Martinho JM

Local e ano de publicação: CBC – 2005

Objetivo: descrever a experiência de um serviço de cirurgia hepato-biliar em um hospital público no Brasil, no tratamento da estenose da via biliar. As lesões estenosantes das vias biliares têm grande impacto negativo na qualidade de vida e alta morbimortalidade. A abordagem destas lesões demanda uma estrutura multidisciplinar. Material e métodos: foram revistos os prontuários de 22 pacientes consecutivos, tratados com estenose biliar pelo Serviço de Cirurgia Hepato-Biliar do HGB, entre

março de 1997 e abril de 2005. Foram incluídos todos os pacientes com lesão biliar secundária a procedimento cirúrgico e que foram encaminhados ao serviço. Os registros médicos foram examinados, para levantar os dados demográficos dessa população, qual o procedimento cirúrgico causador, quantificar quantas intervenções ocorreram antes do encaminhamento e avaliar os resultados pós-tratamento. Resultados: a idade foi de, em média, 39,6 anos (11 até 63), predominância do sexo feminino (3:1). A apresentação clínica mais comum foi icterícia em 52,3% dos casos, seguido de: colangite 42,8%, prurido 9,5%, fistula biliar 9,5% e alteração laboratorial 9,5%. O procedimento causador mais comum foi a colecistectomia laparoscópica em 52,3%, seguido pela colecistectomia aberta, 23,8%. Antes do encaminhamento 66,6% dos pacientes foram submetidos a pelo menos uma tentativa de modalidade de tratamento. O exame de imagem mais utilizado para diagnosticar e tratar as lesões foi a ultra-sonografia abdominal – 57%, colangiorressonância – 38%, CPRE – 23%, colangiografia pelo dreno – 14% e colangiografia percutânea – 4,7%. Classificamos a estenose da via biliar pela escala de Bismuth. Encontramos lesões tipo Bismuth I – 28,5%, Bismuth II – 23,8%, Bismuth IV – 23,8%, Bismuth III – 14,2% e Bismuth V – 4,7%. O tempo entre a cirurgia causadora da lesão e o encaminhamento variou entre 28 dias e 15 anos, média de 3,3 anos. Hepp-couinaud foi a cirurgia de eleição em 71% dos casos como tratamento final. O tempo de *follow-up* pós-operatório foi de 3,35 anos em média. Foram obtidos excelentes resultados (pacientes assintomáticos e enzimas hepáticas normais) em 64,7% dos casos, bons (pacientes assintomáticos e enzimas hepáticas pouco elevadas) em 17,6%, regulares em 11,7% e ruim em 5,8%. Conclusões: a lesão estenosante cicatricial de vias biliares pode ser manejada de forma eficaz, com bons resultados. A associação de lesão canalicular com lesão vascular piora e dificulta o manejo. O encaminhamento precoce para serviço especializado, poupa tempo e morbidade ao paciente. É muito variada a forma de apresentação dos pacientes, desde simples alterações laboratoriais até insuficiência hepática grave, da mesma forma variada será a escolha da modalidade de tratamento empregada.



P 21

Título: Biópsias hepáticas transjugulares: série de casos

Autores: Alves JAS; Cerqueira A; Pacheco L; Martinho JM; Muharre RJ

Local e ano de publicação: CBC – 2003

Foi relatada uma série de biópsias hepáticas transjugulares, suas indicações, métodos e resultados. Material e métodos: as indicações para o procedimento foram coagulopatias proibitivas à biópsia percutânea, plaquetas <50.000/mm², TAP <50%, insuficiência renal crônica com hepatopatia associada, falha na realização de biópsia percutânea, ascite volumosa. A avaliação pré-biópsia incluiu o exame físico, a contagem do número de plaquetas, o TAP, a ultra-sonografia abdominal, sendo garantidos a monitorização cardíaca, da PA, o acesso venoso, a sedação leve durante o procedimento. Foi realizada a punção da veia jugular interna direita com ou sem auxílio da ultra-sonografia (8,5 Fr), com cateterização da artéria hepática direita e realização da biópsia. Resultados: o sucesso na obtenção da amostra foi de 87,20%, sendo extraído material adequado para o laudo histopatológico em 91% destes. Como complicações ocorreram: dor abdominal leve, dor cervical leve, hematoma cervical, pneumotórax. Conclusões: a biópsia hepática transjugular é factível e eficaz com técnicas e materiais adequados; é um excelente método para a obtenção de fragmentos em pacientes portadores de coagulopatias graves.



Título: Infecção por *Toxoplasma gondii* após transplante hepático

Autores: Halpern M; Bottino AC; Balbi E; Campos AP; Oliveira A; Pereira JL; Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Martinho JM
Local e ano de publicação: ABTO – 2003

Introdução: a toxoplasmose é uma infecção pouco freqüente em receptores de transplantes de órgãos sólidos, exceto no transplante cardíaco. A maioria dos casos descritos na literatura ocorre nos primeiros três meses pós-transplante e geralmente manifestando-se com envolvimento de vários órgãos. Apresenta elevada taxa de letalidade se não diagnosticada e tratada precocemente. Objetivo: descrever um caso de acometimento hepático por *T. gondii*. Um ano e 10 meses após o transplante. Paciente: paciente feminina, 56 anos submetida ao transplante hepático em janeiro de 2000 devido à cirrose alcoólica tendo como imunossupressão inicial ciclosporina, azatioprina e prednisona até o primeiro ano e posteriormente mantida em monoterapia com ciclosporina. Iniciou em outubro de 2001 um quadro de febre baixa, perda de peso, astenia e elevação de transaminases sendo iniciada investigação diagnóstica. Na avaliação inicial, evidenciou-se a presença de anticorpos para *T. gondii* da classe IgM e títulos ascendentes de IgG. Paciente possuía sorologia para toxoplasmose pré-transplante positiva para IgG. Iniciado tratamento empírico para toxoplasmose com sulfadiazina e pirimetamina, porém devido à intolerância gastrointestinal foi abandonado pela paciente duas semanas após. Evoluiu com nova elevação de transaminases, acentuada colestase e persistência nos títulos de IgM e IgG para toxoplasmose. Submetida à biópsia hepática cujo estudo histopatológico mostrou hepatite lobular com possibilidade de tratar-se de infecção parasitária. Esta hipótese foi confirmada por meio do estudo imuno-histoquímico com utilização de anticorpo primário dirigido para *T. gondii*. A paciente foi adequadamente tratada com doses plenas de sulfadiazina e pirimetamina por um período de seis semanas e após, mantida com esquema supressivo. Evoluiu com melhora dos sintomas gerais e diminuição nos níveis das aminotransferases e da colestase. Conclusão: pacientes transplantados mesmo com nível baixo de imunossupressão apresentam risco para o desenvolvimento de infecções oportunistas como toxoplasmose. O caso descrito é uma forma de apresentação tardia e de evolução favorável da doença. Um quadro insidioso pode em parte ser explicado pelo menor grau de imunossupressão. A toxoplasmose hepática deve fazer parte do quadro de diagnóstico diferencial das elevações de transaminases mesmo após os seis meses iniciais de um transplante hepático.



Título: Duodenopancreatectomia com ressecção e reconstrução lateral de veia porta: relato de caso

Autores: Amil RC; Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Muharre RJ
Local e ano de publicação: XXV Congresso Brasileiro de Cirurgia – 2003

A duodenopancreatectomia (DPC) é um dos procedimentos cirúrgicos mais complexos realizados no abdômen. Desde 1935, quando foi relatado o primeiro caso, até os dias de hoje, diversas variantes foram descritas envolvendo a extensão da ressecção e diferentes modalidades de reconstrução para se restabelecer a continuidade biliar, pancreática e digestiva. A invasão vascular (veia mesentérica superior e porta) foi considerada durante décadas como critério de irressecabilidade dos tumores periampulares. Nos últimos anos, principalmente devido à melhoria das técnicas cirúrgicas e anestésicas, nota-se uma

tendência à realização de cirurgias mais radicais com ressecções e reconstruções venosas antes nunca feitas. Método: relato de um caso de uma paciente de 51 anos de idade, que se apresentava icterícia há 15 dias. A tomografia computadorizada de abdômen revelou uma lesão de um centímetro em topografia de cabeça de pâncreas (Foto-1). Foi indicado DPC e durante o ato operatório observou-se invasão lateral da veia porta. Optou-se por ressecá-la e reconstruí-la utilizando um “*patch*” de veia gonadal direita (Foto-2). Resultados: a cirurgia teve duração de dez horas. A paciente não foi transfundida com hemoderivados no per e pós-operatórios. O período de internação no CTI e o tempo total de internação hospitalar foram de dois e sete dias, respectivamente. Conclusões: a ressecção da veia porta pode ser realizada sem implicar no aumento de morbidade da DPC nos serviços especializados. Estudos recentes mostram um aumento da sobrevida de pacientes submetidos à DPC com ressecção venosa quando comparada à realização de cirurgias apenas paliativas.



A 91

Título: Basiliximab em transplante hepático

Autores: Oliveira A; Balbi E; Campos AP; Pacheco L; Enne M; Cerqueira M; Martinho JM; Pereira JL

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

O desenvolvimento de anticorpos monoclonais direcionados contra o receptor específico de IL-2 no linfócito T, *basiliximab*, expandiu o armamentário imunossupressor permitindo retardar o início do uso dos inibidores de calcineurina, sobretudo em pacientes de elevado risco de nefrotoxicidade ou nefropatia prévia. Objetivo: comprovar a segurança e a eficácia do *basiliximab* como terapia imunossupressora em pacientes com função renal comprometida, avaliando o impacto nas taxas de rejeição celular aguda e infecções ao longo de três meses de seguimento. Pacientes e métodos: Três pacientes foram selecionados para receber a droga no D0 e D4 de transplante, na dose de 20mg conforme definido em literatura. O primeiro paciente de 63 anos, portador de cirrose por hemocromatose com três nódulos de hepatocarcinoma e diabetes *mellitus*, com função renal preservada (creatinina sérica de 0,8). A segunda paciente, de 44 anos, portadora de cirrose por álcool com *clearance* de creatinina de 31 ml/min, disfunção renal atribuída ao uso de diurético e síndrome hepatorenal tipo 2, submetida à transplante intervivos com enxerto de fígado direito. No terceiro caso, paciente de 42 anos com quadro de hepatite fulminante de curso subagudo, provável etiologia auto-imune, insuficiência renal aguda multifatorial em hemodiálise (por acidose, congestão e anúria) nas 24 horas precedentes ao transplante. Resultados: num período de acompanhamento que varia de três a seis meses não foi observado aumento das taxas de infecção ou rejeição em relação aos demais pacientes acompanhados pelo serviço. Anafilaxia não foi observada, assim como outras reações de hiper-sensibilidade. Plaquetopenia acentuada (<30.000) entre o segundo e o quarto dia após a administração da droga foi observada em todos os pacientes, sem repercussões clínicas. O início do inibidor de calcineurina foi necessário entre o 5.º e o 7.º dia pós-operatório, baseado na queda da velocidade de normalização das enzimas hepáticas. Conclusão: *basiliximab* foi uma droga segura e eficaz como terapia de indução, permitindo início mais tardio do inibidor de calcineurina, sem determinar aumento nas taxas de rejeição ou infecção. A incidência de neoplasias não pôde ser avaliada devido ao curto período de seguimento.



A 92

Título: Encefalopatia hepática pós-transplante. Tratamento percutâneo com embolização de *shunt* espontâneo porto-sistêmico: relato de caso

Autores: Oliveira ME; Moreira LP; Cerqueira A; Balbi E; Pereira JL; Halpern M; Oliveira A; Peixoto A; Miecznikowski R; Auler L; Diaz R; Martin HS; Caroli A; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

A encefalopatia porto-sistêmica é causada por substâncias originadas no trato intestinal, como amônia, com passagem direta para a circulação sistêmica sem passagem pelo fígado. A etiologia dos *shunts* porto sistêmicos na maioria das vezes é a cirrose hepática causando hipertensão porta. O objetivo do trabalho é relatar o caso de paciente com encefalopatia porto-sistêmica três anos após transplante hepático, e o tratamento com embolização de colateral mesentérico-cava por via percutânea. Paciente do sexo feminino, 57 anos, no terceiro ano de pós-operatório de transplante hepático devido à cirrose por vírus da hepatite C. A paciente foi admitida para internação devido a quadro de confusão mental. Após extensa avaliação, foram afastadas causas infecciosas, neurotoxicidade por drogas e lesões focais no sistema nervoso central. A ultra-sonografia abdominal com *Doppler* do sistema portal, revelava fluxo hepatopetal com velocidade normal e importante circulação colateral que estendia-se da pelve ao hipocôndrio direito. Estudo de imagem por meio de angiorressonância, revelou importante circulação colateral entre a veia mesentérica superior e veia cava inferior. A paciente foi submetida à embolização da circulação colateral por via percutânea através de punção da veia femoral. Na oclusão da veia foram utilizadas molas. Seis meses após o procedimento a paciente mantinha-se livre dos episódios de encefalopatia. A existência de colaterais porto-sistêmicas, não ligadas no momento do transplante, pode propiciar o desenvolvimento de roubo de fluxo da veia porta e aparecimento de encefalopatia. A embolização de colaterais porto-sistêmicas é descrita na literatura no tratamento desta complicação. Entretanto, os relatos são de pacientes portadores de cirrose hepática ou raros casos de *shunts* congênitos. Não encontramos na literatura descrição de embolização de colateral porto-sistêmica após transplante hepático.



A 93

Título: Infecção por *Leuconostoc sp* em crianças no transplante hepático

Autores: Balbi E; Pacheco L; Halpern M; Peixoto A; Oliveira A; Enne M; Cerqueira A; Miecznikowsky R; Auler L; Diaz R; Marangoni V; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

Leuconostoc sp é uma bactéria gram-positiva, facilmente confundida com os estreptococos em culturas, raramente patogênicos em humanos. Porém, tal espécie pode causar infecção em pacientes de risco. *Leuconostoc sp* é especialmente prevalente em situações de descontaminação seletiva do tubo digestivo, ou se há uso prévio de vancomicina. Descrevemos o caso de um paciente de 14 anos submetido a um transplante de fígado em abril/2002 por atresia de vias biliares. O paciente havia sido submetido a uma cirurgia de Kasai com dois meses de idade e reoperado 15 dias após. Detectou-se icterícia neste paciente aos sete anos de idade, quando recebeu indicação de transplante hepático, o qual não ocorreu até os 14 anos por razões socioeconômicas, quando recebemos, então, este paciente em nosso serviço. Este transplante foi complicado por peritonite na primeira semana, secundária a uma perfuração colônica. No sétimo dia pós-transplante o paciente foi reoperado, recebeu uma colostomia temporária e foi iniciada cobertura antibiótica com *imipenem* e *vancomicina* por 21 dias. Como

complicação adjuvante, o paciente apresentou fasciíte necrotizante na ferida operatória. Foi iniciada nutrição parenteral na segunda semana após o transplante. Não foi detectado nenhum episódio de rejeição e o esquema imunossupressor consistiu de *tacrolimus*, *prednisona*, este suspenso no terceiro mês. Ao final do primeiro mês, o paciente apresentou febre novamente apesar da terapia antibiótica em curso e uma tomografia abdominal evidenciou uma coleção abdominal que foi puncionada para diagnóstico. A cultura deste líquido deu crescimento a uma bactéria gram-positiva, resistente à *vancomicina* e com sensibilidade à *ampicilina*. Foi identificado como *Leuconostoc sp*, tratado com este antibiótico e o paciente evoluiu satisfatoriamente ao final do segundo mês pós-transplante. Até 2002, somente 47 casos de infecção por *Leuconostoc* haviam sido reportados na literatura médica. Metade destes casos ocorreu em crianças, porém, até onde sabemos, nenhum paciente após um transplante de fígado. Imunossupressão e cateteres de demora são comumente associados à infecção por este agente. *Leuconostoc sp* deve ser considerado como um agente etiológico potencial, particularmente se é isolado um coco gram-positivo com resistência à *vancomicina* em pacientes submetidos a transplante de fígado.



A 94

Título: Insuficiência hepática aguda e transplante hepático

Autores: Moreira LFP; Balbi E; Enne M; Halpern M; Cerqueira A; Peixoto A; Oliveira A;

Ferreira F; Miecznikowski R; Auler L; Díaz R; Gouvêa G; Martinho JM; Pereira JL

Local e ano de publicação: Moderna Hepatologia – dezembro 2004

Os autores apresentam uma revisão do tema insuficiência hepática aguda (IHA) e transplante hepático, apresentando também uma pequena série de pacientes transplantados na Unidade de Transplante Hepático do Hospital Geral de Bonsucesso, com resultados comparáveis aos da literatura mundial. O transplante hepático representa um marco no tratamento dos pacientes com IHA, desta forma, estes devem ser transferidos precocemente para um centro transplantador, pois a transferência após a deterioração neurológica e falência de outros sistemas representa um risco adicional para o paciente. Apesar de todos os cuidados visando a preservar a viabilidade neurológica, a principal causa de óbito na IHA continua sendo o edema cerebral. Já na unidade de transplante, uma equipe mais experiente irá avaliar se há realmente indicação para o transplante e o momento ideal para este procedimento, baseando-se nos critérios descritos. De acordo com o Prof. Busuttil da Universidade da Califórnia, “Não há dúvida que o paciente transplantado devido uma IHA representa um dos maiores desafios para o cirurgião transplantador. Porém, ele não necessita apenas de uma cirurgia perfeita, ele precisa ainda mais de um manejo pré e pós-transplante impecável. Só assim o paciente receberá alta hospitalar”.



A 95

Título: Adenomatose hepática: relato de caso

Autores: Cerqueira A; Enne M; Pacheco L; Balbi E; Pereira JL; Bottino AC; Martinho JM

Local e ano de publicação: Revista Conduta Médica, v. 24, n. 4, p. 28-29, 2005

A adenomatose hepática é uma doença manifesta com múltiplos adenomas (10 ou mais), não associada com história de uso de anticoncepcionais ou esteróides anabolizantes. O relato se trata de um homem com 60 anos que procurou o hospital devido à massa abdominal. Como havia a suspeita de transformação maligna devido a elevação da alfafeto-proteína somado à apresentação difusa com

pouco parênquima livre de doença, o paciente foi listado para transplante hepático. O exame histológico definitivo confirmou a existência de degenerações locais de carcinoma hepatocelular (CHC). A adenomatose hepática é uma rara condição na qual as imagens vistas na tomografia e ressonância e a histopatologia são muito semelhantes nos indivíduos com adenoma único encontrados na maioria dos casos de mulheres jovens usando ACO. Porém, na adenomatose hepática as lesões não são esteróides dependentes, são múltiplas, progressivas, sintomáticas, mais frequentemente conduzem à perda da função hepática (devido à ocupação do parênquima), hemorragia e provavelmente transformação maligna. A monitorização desses doentes precisa ser intensa, com exames de imagens e marcadores tumorais regulares, se possível com tratamento cirúrgico, estando no arsenal terapêutico o transplante hepático.



A 96

Título: Análise microbiológica dos líquidos de preservação dos enxertos de artérias e veias ilíacas armazenadas para transplante hepático

Autores: Almeida RE, Santuzzi CMP, Moreira LPM, Oliveira ME; Silva AC; Martinho JM
Local e ano de publicação: ABTO – 2003

Freqüentemente, durante a retirada do fígado realizada em doador cadáver, são retirados e armazenados vasos ilíacos para uma possível reconstituição vascular complexa, durante ou após o transplante hepático. O objetivo deste estudo foi avaliar o grau de contaminação nos enxertos de vasos ilíacos preservados por dez dias, a fim de validar ou não sua utilização durante este período. De março/2002 a fevereiro/2003 foram realizados 21 transplantes hepáticos em nosso hospital. Dez dias após a colheita e armazenamento, o líquido de preservação das artérias e veias ilíacas provenientes de doadores cadáveres, nos meses de dezembro de 2002 e janeiro de 2003 (n=7), foram enviados ao laboratório de microbiologia para cultura de bactérias aeróbicas e fungos. Os vasos foram armazenados em frascos estéreis, imersos na solução da Universidade de Wisconsin (UW), preparada conforme recomendação do fabricante, com penicilina (200.000U/L), dexametasona (16mg/L), insulina (40UI/L) e mantidas em refrigerador a 4°C. Em nenhum dos transplantes realizados pela nossa equipe foi necessária a utilização de enxertos vasculares. Dos sete líquidos de preservação enviados para cultura, em dois casos (28,6%) o resultados das culturas foi negativo e, em cinco casos (71,4%) houve crescimento de algum microorganismo no material enviado (*Candida sp*: n = 2, *Rhodotorula rubra*: n=1, *Pseudomonas sp*: n=1 e *Acinetobacter*: n=1). Um dos doadores apresentou hemocultura e cultura de líquido ascítico positivos para *Pseudomonas*, que foi considerada como responsável pela positividade de um dos líquidos de preservação dos vasos ilíacos. A elevada taxa de contaminação no líquido de preservação destes vasos é muito preocupante. Após este resultado preliminar, passamos a buscar outras formas de preservação de vasos ilíacos, em que antimicrobianos e antifúngicos são acrescentados ao líquido de preservação.



A 97

Título: Perfil de infecções bacterianas pós-transplante hepático

Autores: Campos AP; Halpern M; Balbi E; Oliveira A; Pereira JL; Pereira G; Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Martinho JM
Local e ano de publicação: ABTO – 2003

As infecções bacterianas são as principais complicações clínicas no receptor de transplante hepático acarretando elevadas taxas de morbidade, mortalidade e custo hospitalar. Objetivo: traçar um perfil

inicial das infecções bacterianas mais prevalentes ao longo dos 11 meses iniciais de funcionamento de um programa de transplante hepático. Pacientes e métodos: 29 receptores de transplante hepático, com idades variáveis entre 8 meses e 63 anos, submetidos à transplante por cirrose (n=22), hepatite fulminante (n=3), paramiloidose familiar (n=1), atresia de vias biliares (n=3). As evidências de infecção basearam-se na presença de dados clínicos associados à positividade de culturas e na necessidade de antibioticoterapia específica. Resultado: 52% dos pacientes apresentaram ao menos um episódio de infecção bacteriana durante a internação. O total de infecções bacterianas documentadas em pós-operatório imediato de transplante hepático foi de 30 casos, sendo a pneumonia nosocomial a complicação mais freqüente (33% das infecções) e mais grave, levando à necessidade de suporte ventilatório em 100% dos casos e choque séptico em 70%, com mortalidade de 33%. Coleção intra-abdominal, infecção de ferida operatória, colangite, ITU e infecção por cateter foram as outras infecções detectadas. Hemoculturas positivas foram encontradas em 80% dos pacientes com coleção intraperitoneal, 66% dos casos de colangite e 22% das pneumonias. Discussão: a ocorrência de infecções e a gravidade da sua manifestação clínica estiveram diretamente relacionadas à severidade da doença de base (de acordo com os escores de *Child e Meld*) e à disfunção primária do enxerto.



A 98

Título: Púrpura trombocitopênica idiopática associada à recidiva de hepatite C após transplante de fígado

Autores: Balbi E; Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Peixoto M; Oliveira A; Halpern M;

Miecznikovsky R; Auler L; Diaz R; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é caracterizada pelo aumento da destruição de plaquetas pela presença de auto-anticorpos contra estas células. A síndrome pode ser primária ou associada a várias patologias como doenças do colágeno, doenças linfoproliferativas ou infecções virais. A hepatite C é uma doença que leva a formas severas de hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular e se tornou nos últimos anos em uma das principais indicações de transplante hepático no mundo. A infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) pode funcionar como um gatilho imunológico e tem sido implicada na patogênese da PTI associada à infecção viral. Descrevemos o caso de um paciente de 55 anos, submetido a um transplante de fígado, em janeiro de 2001, por cirrose por hepatite C associada a hepatocarcinoma. Ele concordou em receber um enxerto VHC positivo. O período pós-operatório evoluiu sem complicações. Como complicações mais tardias, houve aparecimento de um quadro de diabetes insulino-dependente. A imunossupressão deste paciente, a partir do terceiro mês pós-transplante consistiu de monoterapia com tacrolimus. Seu genótipo viral predominante no pós-transplante era 1b e sua carga viral um ano após o transplante era >3.000.000 de cópias/ml. Nesta época, uma biopsia hepática protocolar confirmou um quadro de recidiva viral no enxerto com hepatite crônica leve. Dezoito meses após o transplante, em uma consulta ambulatorial de rotina, este paciente queixa-se de bolhas de sangue na cavidade oral e hematomas espontâneos pelo corpo. Neste momento, uma contagem de plaquetas teve como resultado 3.000/mm, foi feito um diagnóstico de PTI e o paciente foi tratado com gamaglobulina endovenosa e corticosteróides por uma semana. Após dez dias, decidiu-se pela realização de esplenectomia, pois as altas doses de corticosteróides necessárias para a normalização das plaquetas estavam levando a um diabetes de difícil controle e levou a uma preocupação adicional com o estímulo a replicação viral. Suas plaquetas permaneceram normais após seis meses deste quadro e o paciente encontra-se em uso regular de

prednisona 20mg/dia e tacrolimus 3mg/dia. PTI ocorre mais comumente em pacientes com infecção crônica pelo VHC e plaquetas abaixo do nível normal é algo freqüente após transplante de fígado, porém até onde podemos saber este é o primeiro caso descrito de PTI associado a infecção pelo VHC em pacientes submetidos a transplante hepático.



A 99

Título: Transplante hepático intervivos com monosegmento

Autores: Oliveira ME; Moreira LP; Cerqueira A; Balbi E; Pereira JL; Halpern M; Oliveira A; Peixoto A; Santalucia G; Gracia J; Valladares M; Oliveira FGCS; Ortiz C; Mendonça LF; Paranhos GK; Miecznikowski R; Auler L; Diaz R; Caroli A; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

A escassez de doadores pediátricos, especialmente para pacientes abaixo de 10kg, proporcionou o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas no transplante hepático. As técnicas de redução do enxerto, *Split-Liver* e transplante intervivos, aumentam o *pool* de doadores para a população pediátrica devido ao uso, quase constante, dos segmentos II e III do fígado. Para pacientes com peso inferior a 10kg, mesmo o setor lateral esquerdo (segmento II e III), pode ser ainda muito volumoso para o abdome. Para evitar complicações como o não-fechamento da cavidade abdominal, o aumento da pressão abdominal e isquemia do enxerto, pode ser necessária redução do setor lateral esquerdo, com utilização de enxerto monosegmentar (segmento III). Na literatura mundial existe o relato de aproximadamente 16 casos de transplante utilizando monosegmentos. Relatamos o caso de paciente masculino de 8 meses de idade, com peso de 6,1kg portador de hipoplasia de via biliar transplantado com doador vivo (avó de 68kg). Volumetria estimada de 310g para os segmentos II e III. O enxerto hepático foi reduzido ainda no doador, com ressecção do segmento II. O monosegmento transplantado (segmento III) pesou 233g. O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós operatório com alta do CTI no 12.º dia. O transplante hepático com monosegmento III é tecnicamente uma alternativa, especialmente para o transplante de pacientes abaixo de 10kg.



A 100

Título: Tratamento de estenose da artéria hepática pós-transplante provocada por dobra da artéria (*Kink*) com *stent* percutâneo

Autores: Moreira LP; Enne M; Cerqueira A; Balbi E; Pereira JL; Halpern M; Oliveira A; Peixoto A; Miecznikowski R; Diaz R; Martin HS; Caroli A; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2003

A sobrevida do enxerto hepático está diretamente relacionada à patência das anastomoses vasculares e biliares realizadas durante o transplante. A estenose da artéria hepática pode ser responsável por disfunção ou perda do enxerto. Até recentemente, a revascularização cirúrgica era considerada a primeira opção terapêutica, porém o resultado não era muito animador. O retransplante era considerado o tratamento com melhor resultado, apesar do porte da cirurgia e da necessidade de reinclusão do paciente em lista de espera, cada vez mais demorada. Técnicas de angioplastia percutânea se desenvolveram bastante nos últimos anos, porém poucos casos de angioplastia com colocação de *stent* em artéria hepática de fígados transplantados foram descritos até o momento. Nós reportamos o caso de

um paciente de 32 anos com diagnóstico de colangite esclerosante primária que foi submetido a um transplante hepático em março/2000. O pós-operatório imediato foi marcado por uma trombose de veia cava inferior que reverteu completamente apenas com anticoagulação. Durante exames de rotina realizados ao completar 12 meses pós-transplante, constatou-se uma discreta elevação dos níveis de gama-GT e observou-se ao *Doppler* da artéria hepática uma diminuição do índice de resistência (IR) da artéria (IR=0,38). Uma arteriografia identificou estenose da artéria hepática, cerca de 2,0 cm após a anastomose provocada por uma dobra (*kink*) da artéria. A biópsia hepática revelou apenas pequenas alterações de ductos biliares. Seis meses após, estes exames eram semelhantes, exceto por uma discreta piora das alterações de ductos biliares vistas na biópsia. Tendo em vista que o paciente encontrava-se assintomático, optamos por manter a vigilância, uma vez que estas alterações histológicas poderiam representar recidiva da doença primitiva e não estenose da artéria hepática. Uma crise de colangite apresentada em março/2002 fez com que indicássemos dilatação e colocação de *stent* no local do *kink* em abril/2002. Houve melhora do IR da artéria e os níveis de gama-GT voltaram ao normal. Oito meses após a colocação do *stent*, observamos uma nova diminuição do IR da artéria e uma arteriografia comprovou uma estenose ao nível do *stent* que foi facilmente dilatada. Atualmente, 32 meses após o transplante, este paciente encontra-se assintomático e com exames laboratoriais normais. Embora a experiência mundial de colocação de *stent* na artéria hepática de fígados transplantados seja bastante limitada, acredita-se que esta opção represente, ao menos a curto e médio prazo, uma terapêutica eficaz no tratamento de estenose da artéria hepática.



A 101

Título: Selection of donors for living donor liver transplantation in a single center: lessons learned from the first 100 cases

Autores: Moreira LFP; Balbi E; Enne M; Cerqueira A; Halpern M; Peixoto A; Amil R; Araújo C; Moreira E; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: ABTO – 2005

Introduction: the selection of donors for living donor liver transplantation (LDLT) is one of the most important features, and is pointed by two purposes: certify the safeness of the surgical procedure for donors and pointing out donor grafts with potential risks for recipients. Purpose: the aim of this study is to describe our initial experience in donor evaluation process. Methods: from December 2001 to January 2005, one hundred four donors were evaluated for seventy recipients (65 potential donors were evaluated for 39 adult recipients, and 39 donors, for 31 pediatric recipients). Results: only thirty donors were able to donate after the evaluation, thirteen for the adult group, and seventeen for the pediatric one. In general, the utilization rate of potential donors was 28.8% (30/104). For the adult patients, sixty-five potential donors were seen to perform thirteen LDLT that represent a utilization rate of potential donors of 20% in this group. For the pediatric patients, this rate was 43.6%. The exclusion criteria were clinical in 22 cases (21%), anatomical in 13 cases (13%), psychosocial in 9 cases (9%), and others in 12 (12%). Death of the recipient excluded 18 donors (17%). Thirty-three percent of adults and fifty-five percent of pediatric recipients that had only one potential donor to start the evaluation process were able to identify a living donor. Conclusion: the first limit for LDLT is the rigorous donor evaluation, and this low rate of utilization of the potential donors perhaps is too expensive, especially to developing countries.



A 102

Título: Alternativa segura para preservação dos enxertos de vasos ilíacos armazenados para transplante hepático

Autores: Silva AC; Barão AI; Araújo CCV; Madureira FAV; Alves JAS; Martinho JMSG; Moreira LFP; Amil RC; Almeida RE

Local e ano de publicação: IX Congresso Brasileiro de Transplantes – 2005

Introdução: nos últimos anos, as técnicas cirúrgicas de transplante hepático tornaram-se mais complexas, especialmente com o desenvolvimento do transplante hepático intervivos. Em nosso serviço, durante a captação de órgãos, a equipe de fígado retirava os enxertos de vasos ilíacos do doador e os armazenavam em líquido de preservação UW a 4°C por até 10 dias. Em um estudo anterior, em que se objetivou a análise microbiológica desses líquidos, detectamos contaminação em boa parte das amostras, principalmente por fungos. A partir daí, buscamos outras formas de preservação desses enxertos. Após a experiência de alguns dos autores durante um estágio no Hospital Paul Brousse – França, onde se utilizava outro tipo de solução para preservação dos vasos ilíacos, passamos a utilizar esta mesma solução. Objetivo: avaliar, do ponto de vista bacteriológico e histológico, a viabilidade dos enxertos de vasos ilíacos preservados por 30 dias nesta nova solução. Métodos: o estudo foi realizado em um hospital público do Rio de Janeiro, no período de junho/2003 a fevereiro/2005, sendo analisados 24 enxertos vasculares. A solução é preparada no centro cirúrgico, durante o preparo do órgão, sendo composta de: soro glicosado 5%, Hidroxietilamido, Anfotericina B, Heparina, HCO3-8.4%, Gentamicina e Metronidazol. A solução é colocada em pote estéril, onde os vasos são imersos e armazenados em refrigeração a 4°C. Após 30 dias, 10ml desta solução são adicionados ao meio de cultura e encaminhado ao laboratório de bacteriologia. Os enxertos vasculares são colocados em formol a 10% e encaminhados ao laboratório de anatomia patológica. Resultados: nas 24 amostras de solução de preservação enviadas para cultura, não houve crescimento bacteriano e/ou de fungos. A análise histológica mostrou endotélio preservado nas 24 amostras. Conclusão: a utilização desta nova solução para armazenamento de vasos ilíacos mostrou-se segura e representa uma alternativa de baixo custo.



A 103

Título: Abdominal reoperation following orthotopic liver transplantation

Autores: Alves J; Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Amil R; Santos PI; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: IV Congresso Brasileiro de Transplante Hepático – 2004

Introduction: abdominal reoperation is a frequent cause of mortality and morbidity after orthotopic liver transplantation (OLT). Each re-operation generates an increase in costs, intensive care unit and hospital stay. Objective: the aims of this study were to describe the rate of abdominal reoperations, in a single center experience, and identify possible factors associated with a new surgical abdominal intervention. Patients and methods: in a period of 29 months (oct/2001 - mar/2004), 66 consecutives patients underwent OLT. The ages ranged from 8 months to 68 years, (mean age 48.5 years). A longitudinal study in the form of case-control was made to verify the relative risk of risks factors, in truth, the odds ratio (OR). Fourteen patients (21.2%) were submitted to living donor liver transplantation (LDLT). Seventeen (25.7%) were infants. Eleven (16.6%) recipients were transplanted due to fulminant hepatic failure (FHF). Abdominal re-operations occurred in 13 (19.6%) recipients (cut-off at sixty days). Results: the abdominal re-operations were due to intestinal perforation (5

patients), peritoneal hemorrhage (2 patients), peritoneal abscess (2 patients), secondary wound closure (2 patients), biliary fistula (1 patient) and biliary stenosis (1 patient). The number of re-operations ranged from 1 to 5 procedures. The OR for re-operations of infants (<18 years) was 3.2, of LDLT was 4.8, and for previous surgery was 5.5. The mortality among re-operated patients was 30.7%, compared with 18% in the total group. Conclusion: previous abdominal surgery, LDLT and pediatric recipients were independent risk factors to a secondary abdominal intervention.



A 104

Título: Relação da variação da artéria hepática com risco de trombose no transplante de fígado

Autores: Alves J; Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Amil R; Santos P; Pereira JL; Martinho JM
Local e ano de publicação: CBC – 2005

Objetivo: analisar a frequência da variação da artéria hepática nos fígados de doadores cadavéricos e correlacionar com o risco de trombose arterial no pós-operatório. Métodos: estudo retrospectivo, incluindo 80 casos, no período de março de 2002 a março de 2005, no Estado do Rio de Janeiro. Foi utilizada a regressão multinomial (inferência *bayesiana*) e distribuição binomial para a análise estatística sendo considerado como estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. A classificação para variação da artéria hepática adotada foi de Bussutil (Tipo 1 normal, tipo 2 artéria hepática esquerda da gástrica esquerda; tipo 3 artéria hepática direita da artéria mesentérica superior; tipo 4 associação dos tipos 2 e 3 e tipo 5 artéria hepática comum da artéria mesentérica superior). Resultados: em relação à raça, 66% eram do sexo branco e 33% pardo/negro, enquanto em relação ao sexo, 47 (59%) eram do sexo masculino e 33 (41%) do sexo feminino. O peso do doador variou de 7kg à 90kg sendo a mediana de 70kg (desvio padrão-DP de 20,7). A estatura variou de 65 a 185cm com mediana de 170cm (DP de 23,1). Dos 80 casos, 86% das cirurgias de captação de órgãos foram realizadas em hospital público e 14% restante em hospitais privados. O peso do enxerto variou de 300 a 2.116g com mediana de 1.330g (DP de 506,2). Em relação à variação arterial, encontramos variação em 32,5% dos casos (n=26), sendo normal (tipo 1) em 67,5% (n=54). Tipo 2 foi visto em 10% (n=8), tipo 3 em 11,2% (n=9), tipo 4 em 10% (n=8) e tipo 5 em 1,2% (1). Nesse período, dois pacientes apresentaram trombose arterial (2/80, com 2,5% de incidência), sendo um deles no 90.º dia de pós transplante com variação do tipo 3 e outro caso, pediátrico, no 14.º dia, este com anatomia normal. Se dividirmos os casos de trombose em relação aos tipos, teremos: um caso de trombose com anatomia normal em relação a um total de 54 (1/54) – 1,8% a incidência de trombose; um caso de trombose entre os casos de variação (n=26) – 3,8%. Se ainda colocarmos este último caso de trombose em relação ao tipo 3 teremos: 1/9 igual a 11,1% de incidência de trombose. De acordo com regressão multinomial não houve correlação da variação arterial com a raça, o sexo e o grupo sanguíneo (todos com $p > 0,05$). Correlacionando trombose com variação arterial (distribuição binomial), encontramos uma razão de chance (OR) de 6,499 para o tipo 3 porém com valor de $p = 0,201$. Conclusão: o achado de 32,5% de variação da artéria hepática corresponde ao da literatura. Não houve associação entre a presença da variação arterial e risco de trombose, exceto para o grupo com variação tipo 3, que pode ser considerado como fator de risco (OR de 6,499), pois neste caso em especial é necessário a reconstrução arterial na fase do preparo do enxerto, que terá portanto duas anastomoses arteriais.



A 105

Título: Microbiological study of vascular grafts stored for liver transplantation*Autores: Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Almeida R; Santuzi C; Pereira JL; Martinho JM**Local e ano de publicação: International Association of Study of Liver – 2004*

Arterial and venous iliac grafts are frequently used for complex graft revascularization in liver transplantation or when a vascular complication is diagnosed thereafter. The aims of this study were to make a microbiological study of cadaveric iliac vessels stored for ten days, and to compare the chance of contamination with bacterial or fungal species in two different preservation solutions. From March 2002 to March 2004, fifty-seven liver transplants were done at our Hospital. Iliac vessels were procured from 15 cadaveric organ donors and preserved in two different preservation solutions at 4°C for 10 days. After this period, the solution was sent to microbiological study. Eight vascular grafts were stored in Belzer solution (group 1), and the remaining seven vessels were stored in a second solution manipulated at our Hospital, with hydroxyethyl starch, bicarbonate, gentamicin, metronidazole, cefuroxime, amphotericin, and heparin (group 2). None of our patients required these stored vessels. In group 1, six (75%) preservation solutions were positive for some microorganism (*Candida sp*/n = 2, *Pseudomonas sp*/n=2, *Acinetobacter*/n = 1, and *Rhodotorula rubra*/n=1). In group 2, we had no positive cultures. The difference between the two groups was statistically significant, using the qui-square test ($p < 0.05$). In conclusion, in our center, the vascular grafts stored in Belzer solution were not safe for using in immunosuppressed patients. The use of the second solution could reduce contamination compared with the Belzer solution.



A 106

Título: Ablação por radiofrequência do carcinoma hepatocelular: análise dos primeiros dez casos*Autores: Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Martinho JM; Amil R; Muharre RJ; Balbi E; Pereira JL; Peixoto A; Caroli A**Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Oncologia – 2003*

Introdução: a ablação por radiofrequência (ARF) do carcinoma hepatocelular (CHC) às vezes é vista apenas como uma ponte para que haja controle do tumor enquanto se aguarda um transplante hepático (TH). **Objetivos:** avaliar o resultado da ARF do CHC, dando ênfase aos casos que posteriormente foram transplantados. **Metodologia:** dez pacientes com CHC foram submetidos à ARF. Nove apresentavam cirrose e um, hepatite crônica pelo vírus da hepatite B (VHB). A idade variou de 35 a 72 anos. Em oito pacientes a ARF foi indicada como terapêutica pré-TH. Em um paciente a ARF associada à ressecção hepática foi considerado o tratamento definitivo do CHC. Em um caso ARF foi a única terapêutica indicada para tratar o CHC. **Resultados:** a ARF foi aberta em sete casos (70%) devido à localização periférica (n=4), ser realizada associada a outra cirurgia (n=2), ou por falha abordagem percutânea (n=1). Dos oito pacientes submetidos à ARF pré-TH, dois (25%), foram transplantados (13 e 18 meses após a ablação). Quatro (50%) faleceram por progressão tumoral aguardando o TH. Um paciente apresentou hemobilia maciça no 3.º mês após ARF e faleceu desta complicação. Um paciente aguarda o transplante sem sinais de recidiva (quatro meses). A ARF associada à hepatectomia foi realizado no paciente com hepatite crônica pelo VHB e ele se encontra no 7.º mês pós-operatório, o paciente de 72 anos foi tratado apenas com ARF e se encontra no 20.º mês após a ablação, ambos

sem recidiva. Nos dois pacientes transplantados, observou-se necrose completa do tumor em um caso e necrose incompleta no outro. Em ambos foi identificado um outro nódulo de CHC em áreas distantes do tumor inicial. Conclusão: estes resultados iniciais mostram que CHC+cirrose deve ser visto como uma doença de todo o fígado, mesmo os pacientes que conseguiram permanecer com o CHC controlado até o transplante apresentavam outros nódulos tumorais. O tempo em uma lista de espera longa é algo crucial para pacientes com CHC.



A 107

Título: Hepáticojejunostomia pela técnica de HEPP-COINAUD no tratamento das lesões cicatriciais da via biliar

Autores: Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Martinho JM; Balbi E; Pereira JL; Muharre J
Local e ano de publicação: CBC – 2003

A introdução da cirurgia vídeo laparoscópica (CVL) revolucionou o tratamento cirúrgico da colelitíase sintomática. Entretanto, a incidência de lesões cicatriciais da via biliar aumentou de 0,1 a 0,2% em colecistectomias abertas para 0,5 a 0,8% em CVL. Estas lesões são associadas à morbidade elevada em pacientes jovens e em alguns casos o tratamento cirúrgico é a melhor opção terapêutica. A abordagem do ducto hepático esquerdo pela técnica de Hepp-Couinaud (H - C), proporciona excelentes resultados na literatura. Revisamos a abordagem sistemática pela técnica de H - C em nove pacientes com estenoses cicatriciais de via biliar. Em cinco casos, a lesão ocorreu durante CVL, em dois, devido a colecistectomia aberta e em outros dois, devido a hepático jejunostomia. Foram cinco pacientes do sexo feminino e quatro do sexo masculino com idade variando de 24 a 53 anos. A apresentação clínica foi colangite de repetição em seis casos, fístula biliar em dois casos e icterícia em um caso. A lesão foi diagnosticada no ato operatório em três casos, no pós operatório imediato em dois casos e no pós operatório em quatro casos. As lesões foram classificadas, segundo a classificação de Bismuth, em tipo I (dois casos), tipo II (quatro casos) e tipo III (três casos). Complicações pós-operatórias ocorreram em dois casos (fístula biliar), o tempo de acompanhamento variou de 3 a 42 meses, nenhum paciente apresentou colangite e apenas um paciente as enzimas de colestase ainda estavam três vezes acima do normal.



A 108

Título: Carcinoma hepatocelular: abordagem terapêutica – quando ressecar x transplantar?

Autores: Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Martinho JM; Balbi E; Pereira JL; Muharre J
Local e ano de publicação: CBC – 2003

O carcinoma hepatocelular (CHC) é um dos tumores mais freqüentes no mundo, com uma incidência em ascensão no Ocidente. Cerca de 80 a 90% dos casos associados a fígado cirrótico. Existe correlação direta com vírus da hepatite B e com vírus da hepatite C. No mundo existem cerca de 300 milhões de pacientes com hepatite B e cerca de 170 milhões com vírus C da hepatite. Esse aumento de casos de CHC ocorreu em parte pela diminuição da mortalidade dos cirróticos, oferecendo mais tempo de sobrevida para os pacientes e aumentando as chances do surgimento do CHC. O CHC é

hoje uma das principais causas de óbito em cirróticos. O *screening* identifica 1/2 a 1/3 dos tumores em um estágio potencialmente “curativo”. O tratamento dependerá de alguns fatores: cirrose avançada; localização do tumor; tamanho e número de tumores e doença coexistente. O objetivo do trabalho é demonstrar a abordagem terapêutica integral do CHC no nosso hospital e avaliar a eficácia da ressecção x transplante hepático. Material e métodos: o estudo foi realizado no Hospital Geral de Bonsucesso, no Programa Clínico-Cirúrgico de Hepatologia em associação com o Serviço Oncologia, no período de setembro de 2001 até junho de 2003. Nesse período de 21 meses, foram notificados 52 casos de CHC. Mesmo período este, da implantação do programa de transplante hepático (TxHep) em nossa Unidade. Resultados: do total de 52 pacientes, 49 eram cirróticos (94%). Cerca de 30 pacientes foram tratados somente com sintomáticos (57%); ablação por radiofrequência em dez pacientes (19%); Quimiolipiodol foi realizado em seis pacientes (11%). Em sete pacientes o tratamento foi curativo (13,4%), sendo três por ressecção e quatro com transplante hepático. Dos 21 pacientes listados para transplante, 11 foram excluídos, sendo que sete destes por progressão do tumor durante a espera do órgão. Dentro das indicações de transplante hepático em nossa Instituição em adultos, o CHC correspondeu a quatro em 27 (15% dos casos). Conclusão: o tratamento do CHC consiste em tratamento paliativo (alcoólização, radiofrequência, quimioembolização) e curativo (ressecção e transplante hepático). O tratamento curativo oferecido na nossa Unidade foi de 13,5%, que corresponde à literatura mundial. Quando o paciente é *Child A*, sem hipertensão portal deve-se indicar a ressecção em caso de nódulo único, onde se possa realizar uma segmentectomia hepática. Em caso de até três nódulos com no máximo 3cm, o ideal é o transplante hepático, visto que a taxa de recidiva pós ressecção varia entre 50 e 80% em 3 anos. Dessa forma, cada paciente precisa ser avaliado de forma individual com o seu tratamento escolhido dentro de um protocolo bem definido tratamento *à la carte*.



A 109

Título: Avaliação do resultado inicial do transplante hepático intervivos adulto e pediátrico: análise dos primeiros 14 casos

Autores: Cerqueira A; Oliveira ME; Pacheco-Moreira L; Balbi E; Santalucia G

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Transplante Hepático – 2004

Os excelentes resultados do transplante hepático no tratamento de pacientes com insuficiência hepática aguda ou crônica fizeram com que houvesse um aumento das suas indicações. Assim sendo, cada vez mais é evidente a escassez de doadores cadáveres e a necessidade de aumentar o *pool* de enxertos. O início de um programa de transplante hepático intervivo vai de encontro a esta necessidade, porém apoiada em segurança na realização da hepatectomia no doador. O objetivo deste trabalho é avaliar o resultado inicial do transplante hepático intervivos adulto e pediátrico em nosso estado. Pacientes: De dezembro de 2001 a março de 2004, 13 pacientes foram submetidos a transplante hepático com doadores vivos e um receptor de transplante dominó, de um total de 56 transplantes realizados pela nossa equipe (25% do total de transplantes). A idade dos pacientes receptores variou de oito meses a 62 anos (média de 31 anos). Sete pacientes eram adultos e sete pediátricos, três pacientes pediátricos pesavam 10kg ou menos. Os enxertos utilizados foram cinco fígados direitos (segmentos V, VI, VII, VIII), um fígado esquerdo (segmentos I, II, III, IV), cinco lobos esquerdos (segmentos II e III) e dois monosegmento III e um fígado inteiro proveniente de transplante “dominó”. Em relação às indicações de transplantes, nos pacientes pediátricos a indicação foi doença colestática (atresia de vias biliares, hipoplasia de vias biliares, cisto de colédoco e doença de Caroli). Nos pacientes adultos a indicação foi cirrose pelo vírus C da hepatite em

seis casos e doença colestática em um caso. O tempo médio de cirurgia foi de 12 horas, a mortalidade em 30 dias foi de 10% (um caso). Em relação aos doadores, 11 eram relacionados e três não relacionados. A idade variou de 25 a 42 anos, o tempo médio de cirurgia foi de oito horas e o tempo médio de internação hospitalar foi de cinco dias. Nos doadores, observamos duas complicações: queimadura por bísturi elétrico e uma pneumonia pós-operatória. O transplante hepático intervivos, representou 25% do número de transplantes realizados em nosso centro, o que espelha a estatística nacional no ano de 2003.



A 110

Título: Fatal hemobilia after radiofrequency thermal ablation for hepatocellular carcinoma

Autores: Enne M; Pacheco-Moreira L; Cerqueira A; Balbi E; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: Surgery, v. 135, n. 4, p. 460-461, 2004

The authors review a case of hemobilia, a 62-years-old man with hepatitis C virus (HCV) -related cirrhosis, child's B, who underwent percutaneous RFA therapy of a CHC while waiting to undergo liver transplantation. The tumor was located between segments III and IV, 4 cm from the biliary confluence. The procedure was not complicated and the patient was discharged 2 days later. On the thirty-fifth day after the RFA, he was seen in the emergency department with an upper gastrointestinal hemorrhage and abdominal pain. On gastroduodenoscopic examination, the esophagus, stomach, and duodenal bulb did not show active bleeding, but blood flowing from the papilla of Vater was seen. Because digital subtraction angiography confirmed hemobilia, the patient was successfully treated with selective coil and Gelfoam embolization as close as possible to the bleeding size. The bleeding recurred 2 days later, and a new attempt to embolize was performed. The patient had development of respiratory, kidney and liver failure; he died 4 days after hemobilia occurred, 39 days after undergoing RFA. Treatment-related major complications of RFA are quite rare. The numbers of cases is likely to increase as RFA therapy becomes more common.



A 111

Título: Transplante hepático intervivos em adultos. Cálculo do fígado direito: Urata x Rogier x Volumetria

Autores: Enne M; Pacheco-Moreira L; Cerqueira A; Balbi E; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: CBC – 2005

Objetivos: avaliar as fórmulas matemáticas de Urata, Rogier e a estimativa volumétrica por meio da ressonância magnética do peso do enxerto direito a ser transplantado, entre si e com o peso real do enxerto. Métodos: no período de julho de 2002 a março de 2005 foram realizados 118 transplantes hepáticos em nossa unidade, sendo 30 transplantes intervivos (adulto e pediátrico). A análise foi realizada em 13 transplantes intervivos utilizando o lobo direito do fígado. Resultados: utilizando uma linha de corte na qual a variação aceitável foi de até 15% do valor estimado pelos métodos em estudo, tendo como base a relação mínima de 0,8% (peso fígado direito/receptor), observamos que a fórmula de Urata nos fornece 61,53% (8/13) de acurácia em seus resultados contra 30,76% (4/13) analisados pela equação de Rogier e 15,38% (2/13) pela volumetria. Ampliando a linha de corte para 25%, observamos um aumento para 69,23% (9/13) em Urata, 38,46% (5/13) em Rogier e um expressivo aumento na acurácia da volumetria para 69,23% (9/13), equiparando-se à Urata. Em todos os transplantes intervi-

vos analisados foi alcançado o valor mínimo de 0,8% da relação peso do encher do receptor, variando de 0,88% a 2,1%. Nenhum doador apresentou insuficiência hepática aguda assim como nenhum receptor apresentou *small for size syndrome*. Conclusão: a utilização da fórmula de Urata mostrou-se confiável para a estimativa do peso do enxerto nesta modalidade de transplante. A volumetria baseada na ressonância magnética já apresenta resultados confiáveis e futuras adaptações nas técnicas de aferição poderão, num futuro próximo, torná-la o método padrão e fidedigno para se calcular a volumetria de um órgão. A equação de Rogier, por apresentar resultados inferiores aos outros dois métodos e além de ter apresentado os resultados mais díspares, foi abandonada em nossa unidade.



A 112

Título: Metástases hepáticas de origem colo-retal: resultado inicial do programa de cirurgia hepática do Hospital Geral de Bonsucesso – RJ

Autores: Enne M; Pacheco-Moreira L; Cerqueira A; Balbi E; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Oncologia – 2003

O adenocarcinoma de colo e reto representam em conjunto os tumores do trato gastrointestinal mais comuns. A metástase a distância mais freqüente ocorre no fígado. Cerca de 40 a 50% dos pacientes durante a sua evolução irão apresentar uma metástase hepática (MH). Em torno de 80% destas surgirão dentro de dois anos após a cirurgia de ressecção do tumor primário. Atualmente, com novos quimioterápicos, embolização da veia porta pré-ressecção hepática, radiofreqüência e hepatectomia regradas, permitiram um aumento da sobrevida e qualidade de vida para estes pacientes. Material e método: no período de setembro de 2001 até junho de 2003 (21 meses) foram registrados 58 pacientes com metástase hepática. Destes, 32 do sexo masculino e 26 do sexo feminino. Com idade média de 63 anos (36 - 82 anos). Resultados: em relação à cronologia da descoberta: antes do tumor primário em sete casos (12%); sincrônica em 22 casos (38%) e metacrônica em 29 casos (50%). Dos casos metacrônicos, 83% foram descobertos dentro de dois anos após a cirurgia do tumor primário. Cerca de oito casos com metástase em outro local (13,7%): pulmão (2); peritônio (3); gânglio supraclavicular (1); diafragma (1) e gânglio retroperitoneal (1). Em relação ao número de nódulos 83% apresentavam de 1 – 3 nódulos (48 casos) e 17% com mais de três nódulos – 10 casos (variando de quatro até 30 lesões). 55% tinham entre 3 e 5cm no momento do diagnóstico. Trinta pacientes (51%) foram considerados irresssecáveis no momento do diagnóstico devido: ao tamanho (5); localização (7); doença extra-hepática (8) e pela condição clínica (6). O tratamento cirúrgico foi realizado em 41% (28 pacientes). Em relação ao tipo de ressecção hepática: 20 pacientes com ressecções típicas – segmentectomia (6); bissegmentectomia (5); lobectomia esquerda (4); hepatectomia esquerda (3) e hepatectomia direita (2) e oito pacientes com ressecções atípicas – metastasectomia (6) e subsegmentectomia (2). A radiofreqüência foi realizada em associação com a hepatectomia em oito casos. 55% (32 pacientes) foram submetidos à quimioterapia (QT), sendo que 26 casos entre a cirurgia do cólon e fígado e seis casos neo-adjuvante ao cólon e fígado. Entre os 32 submetidos a QT: 25 ao esquema clássico 5-FU mais leucovorin; 4 com 5-FU + leucovorin + campto (irinotecanR) e 3 com 5-FU + leucovorin + oxaliplatina. Estes sete últimos na tentativa de tornar a lesão ressecável. Dos 58 pacientes, 32 continuam vivos nestes 21 meses de *follow-up* (destes, 23 livres de doença e nove com recidiva). Conclusão: apesar de acompanhamento curto dos pacientes (21 meses), os dados iniciais indicam uma resposta à cirurgia hepática + QT em torno de 55% (32 pacientes). Entre estes 32 pacientes, 23 estão livres de doença (40 % dos pacientes avaliados neste período curto de 21 meses). Na literatura a sobrevida é em torno de 35 – 40% em cinco anos, sendo de 0% quando o tratamento é somente de sintomáticos. A aplicação da QT dita inicialmente de “2.ª linha” (5-FU + leucovorin associado com oxaliplatina ou campto), nos pacientes com possibilidade de ressecção hepática pode melhorar estes resultados.



A 113

Título: Hemangioma at the liver section plane. Is it a contraindication for living donor liver transplantation?

Autores: Pacheco-Moreira L; Enne M; Balbi E; Santalucia G; Martinho JM

Local e ano de publicação: Surgery, v. 138, p. 113, 2005

The authors relate a case: a 30-year-old man who was evaluated as a donor for his 4-year-old daughter. Preoperative ultrasound and magnetic resonance revealed a 4.2 cm hemangioma at LLS, near the left hepatic vein. The father's suitability to be a donor was questioned. The greatest problem was the localization of the hemangioma at the liver section plane, which could represent an additional risk of hemorrhage during parenchyma section. As no other donor was found, they decided to accept her father as a donor. Postoperative courses of the donor and recipient were uneventful. This is the first reported case showing the use of LLS from a liver donor with a large hemangioma. Only the future will tell us if a transplanted hemangioma can have any behavior other than the usual benign one.



A 114

Título: Liver transplantation with monosegment from a living donor

Autores: Enne M; Pacheco-Moreira LF; Cerqueira A; Balbi E; Halpern M; Pereira JL; Santalucia G; Gracia J; de Souza e Oliveira FGC; Paranhos GK; Miecznikowski R; de Faria LJA; André RPD; Bottino AC; Martinho JM

Local e ano de publicação: Pediatric Transplantation, v. 8, p. 189-191, 2004

The shortage of organ donors for low-weight liver transplant recipients, especially for small children, has led to the development of new surgical techniques to increase the donor pool. Almost all of these techniques use the left lateral segment (Couinaud's segments II and III), but even this graft could be too large for children under 10kg. We report here the case of an 8-month-old boy, weighting 6.1kg, who received a monosegmental graft (segment III) from his grandmother weighting 68kg. The graft was reduced at the donor surgery, before clamping of the vessels. The donor was discharged on the fourth post-operative day; the recipient had an uneventful post-operative period and was discharged after 22 days.



A 115

Título: Extrahepatic portosystemic shunt after liver transplantation. Percutaneous embolization for hepatic encephalopathy

Autores: Enne M; Balbi E; Pacheco-Moreira LF; Cerqueira A; Martin HS; Andre RPD; Pereira JL; Martinho JM

Local e ano de publicação: Clinical Radiology, v. 59, p. 116-119, 2004

We report a case where the portosystemic shunt occurred between the superior mesenteric vein and the left ovarian vein. To the best of our knowledge, there is only one previous report of percutaneous embolization of portosystemic shunts after liver transplantation. In summary, portosystemic encephalopathy due to portosystemic shunt may occur many years after liver transplantation, even in the absence of portal

hypertension and liver fibrosis. This can be due to old shunts not eliminated during the transplant surgery. The trigger of this complication so long after the liver transplantation remains controversial. Percutaneous embolization treatment can achieve good results and should be considered in these patients.



A 116

Título: Sequential kidney-liver transplant from the same living donor with 20 years interval

Autores: Pacheco-Moreira LF; Balbi E; Enne M; Cerqueira A; Miecznikowski R; Matuck T; Pereira JL; Carvalho DBM; Martinho JM

Local e ano de publicação: Transplantation Proc (no prelo)

Shortage of cadaveric donor organs remains the critical factor limiting the use of organ transplantation. In this environment of organ shortage, living donor (LD) transplantation has emerged as a reasonable therapeutic alternative. Simultaneous kidney-liver transplantation (KLT) from the same donor has been described for children (1) and adults (2,3), but only these last reports used the right lobe as a graft. We report a case of right liver lobe transplant from the LD that had donate his kidney to the same recipient twenty years before. A 20-years-old man was submitted to a kidney transplant in 1984. The end-stage renal failure was caused by chronic glomerulonephritis. The donor was his old brother. They were HLA identical and the cross-mach was negative. Twenty years later, this man had a diagnosis of liver cirrhosis (Child-Pugh B8) due to hepatitis C virus infection, and a screening ultrasound showed a 2.5cm hypoechogenic nodule in segment VI of the liver. At computed tomography scan, this nodule had 3.0cm and showed an intense arterial enhancement, a-fetoprotein was 31ng/ml and renal function was normal. The immunossuppressive regimen at this moment was micofenolate mofetil (MMF) and prednisone (PRED). We decided to submit this patient to a chemoembolization and indicated a liver transplantation as a definitive treatment for the hepatocellular carcinoma and the cirrhosis. His brother, who had donated the kidney 20 years before, asked us about the possibility of becoming a living liver donor. The donor was ready in 3 months and in July 27th 2004, we performed an adult living donor liver transplantation between these two brothers that were submitted to a living donor kidney transplantation 20 years ago. The donor did not receive any transfusion during the operative and post-operative period. The post-operative period was uneventful and he was discharge at 6th day. He returned to his activities 25 days after the surgery. The recipient received a right lobe graft that weighted 775g, which means a graft and recipient body weight relation (GW/BW) of 0.95%. During the liver transplant, basiliximab was used as induction imunossuppression, PRED dose was put higher, and MMF was maintained. FK was introduced at 10th post-operative day. The recipient did not receive any transfusion during the hospitalization period, and he was discharged at 21th day. Three months after, FK was stopped and rapamicin (RAPA) was introduced. The immunosuppressive therapy remained with PRED/MMF. Donor safety is the most important issue related to living donor transplantation. Simultaneous KLT using the same LD can represent an additional risk, especially for donor of right liver lobe. Today, the real risk for right lobe of the liver is unknown (4), and what could we say about this kidney-right lobe liver living donor? Sequential transplants using the same donor, especially many years later, could not represent an additional risk. Many series showed that renal LD have normal life 25 years after nephrectomy (5). This case shows a good result for living donation of more than one organ from the same donor without exceeding the risks of both procedures for the donor.



A 117

Título: Ligadura da artéria esplênica durante o transplante hepático: um procedimento seguro?

Autores: Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Amil R; Alves J; Balbi E; Pereira JL; Martinho JM
Local e ano de publicação: IV Congresso Brasileiro de Transplante Hepático – 2004

Introdução: o aumento da pressão portal após a revascularização do fígado é mais marcante nos casos de transplante hepático intervivo (THi) e diversos autores responsabilizam este hiperfluxo portal por uma complicação freqüente do THi: *small for size syndrome* (SFS). Além disso, recentemente, foi descrito na literatura uma nova síndrome responsável por disfunção do enxerto hepático, associada à redução do fluxo arterial hepático devido a artéria esplênica muito calibrosa: *arterial steal syndrome* (ASS). Com o objetivo de prevenir estas complicações (SFS e ASS), alguns autores têm proposto a ligadura da artéria esplênica ou mesmo a esplenectomia durante o transplante hepático. **Objetivo:** avaliar os casos em que foi realizada ligadura proximal da artéria esplênica durante o transplante hepático com objetivo de prevenir SFS ou ASS. **Pacientes e métodos:** de outubro de 2001 a março de 2003, foram realizados 67 transplantes pela nossa equipe. Em três casos, foi realizada a ligadura da artéria esplênica durante o transplante. As indicações para realizar este procedimento foram aumentar o fluxo da artéria hepática (caso 1 e caso 3), em dois transplantes de fígado (inteiro), no qual o receptor apresentava artéria hepática muito fina e uma artéria esplênica muito calibrosa e prevenir uma SFS (caso 2), em transplante intervivo em que a relação entre o peso do enxerto e o peso do receptor era <1,0%. A ligadura da artéria esplênica era feita próxima a sua origem, após abertura da retrocavidade dos epíplons. **Resultado:** o caso 1 evoluiu sem complicações. No caso 2, o paciente faleceu no 32.º dia pós-operatório devido à sepse de origem abdominal, decorrente de fistula biliar da área cruenta do fígado e de fistula duodenal. No caso 3, o paciente apresentou febre pós-operatória com diversas hemoculturas negativas. Uma tomografia de abdome mostrava uma extensa área hipodensa no baço, sem captar contraste e com alguns focos hiperdensos, sugerindo uma extensa necrose esplênica com áreas de sangramento recente. **Conclusão:** após revisão destes casos iniciais do serviço e dos casos descritos na literatura, acreditamos que a ligadura da artéria esplênica não é um procedimento que deva ser visto como de baixa morbidade, em especial nos pacientes submetidos a transplante hepático.



A 118

Título: Potencial de bipartição do fígado nos primeiros 80 doadores cadavéricos

Autores: Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Amil R; Alves J; Balbi E; Pereira JL; Martinho JM
Local e ano de publicação: ABTO – 2005

Introdução: os resultados do transplante hepático estão diretamente relacionados com o perfil de doadores cadavéricos. É baixa a freqüência de doadores em condições ideais para a execução da bipartição do fígado na literatura científica. **Objetivo:** analisar o perfil dos doadores captados pelo nosso serviço, quanto a critérios clínicos, laboratoriais e antropométricos. Quantificar o percentual de potenciais doadores para a bipartição do fígado no *pool* de doadores cadavéricos. **Métodos:** entre abril de 2002 e março de 2005 foram realizados 118 transplantes (Tx), em nossa unidade, sendo 30 intervivos e 88 cadavéricos. Oitenta doadores cadavéricos foram incluídos no estudo retrospectivo, sendo avaliada idade, sexo, *causa mortis*, peso do doador, tempo de CTI, uso de amina, peso do enxerto, Na sérico e local da doação. A utilização de drogas vasoativas para nosso programa contra-

indicava a possibilidade de bipartição hepática. Resultados: a idade variou de seis meses a 74 anos, com média de 36 anos, sendo 59% masculino e 41% feminino. Entre as causas de morte cerebral: 53% foram por acidente vascular cerebral, 42% por trauma crânio-encefálico, 4% por hipóxia e 1% por tumor cerebral benigno. Em relação à raça: 67% eram brancos e os restantes negros/pardos. O peso variou de 7 a 90kg com média de 65kg. Tempo médio de internação foi de quatro dias com Na sérico variando de 120 a 195 com média de 159. Uso de *aminas vasoativas* em 82% dos casos. Dos 80 casos, 76% das captações foram realizadas em hospital público e 24% em hospital privado. Conclusão: condicionando a bipartição à idade (15-50 anos); tempo de CTI até três dias; transaminases até três vezes o valor normal; peso doador acima 70kg e uso de aminas, a possibilidade de bipartição ficou em 18% (15 casos) dos fígados captados, sendo 13 em hospitais públicos e dois em hospitais privados, o que em relação de logística e infra-estrutura, influencia diretamente a realização do procedimento.



A 119

Título: Fatal hemobilia after radiofrequency thermal ablation for hepatocellular carcinoma

Autores: Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Balbi E; Alves J; Amil R; Campos A; Martinho JM; Pereira JL

Local e ano de publicação: Surgery, v. 135, p. 460-461, 2004

Introduction: hepatocellular carcinoma (HCC) is a neoplasm with worldwide increasing incidence. Curative therapies such as resection and liver transplantation are an exception rather than a rule. Liver transplantation (LT) is indicated in patients with less than three nodules less than three centimeters or a single nodule less than five centimeters. In countries with long waiting time for liver transplantation, transcatheter arterial embolization and radiofrequency ablation (RFA) has been proposed as adjuvant therapy before liver transplantation. A critical issue is the “bridge” treatment to control tumor growth while the patients with HCC are waiting the liver transplantation. Objective: describe the first case of fatal hemobilia after RFA for HCC in the liver transplantation waiting list. Case report: a 62-year-old men with HCV-related cirrhosis, Child’s B, who underwent a percutaneous RFA therapy of a CHC while waiting for liver transplantation. The tumor was located between segment III and IV four centimeters far from the biliary confluence. The procedure wasn’t complicated and the patient was discharged two days later. On the 35th day after the RFA he presented at the emergency unit with an upper gastrointestinal hemorrhage and abdominal pain. On gastroduodenoscopic examination esophagus, stomach and duodenal bulb did not show active bleeding but blood flowing from the papilla of Vater was seen. As a digital subtraction angiography confirmed hemobilia, the patient was successfully treated with selective coil and Gelfoam embolization as close as possible to the bleeding site. The bleeding recurred 2 days later and a new attempt to embolize was performed. The patient developed respiratory, renal and hepatic failure. He died 4 days after the hemobilia at 39th day post-RFA. Conclusion: massive hemobilia is relatively rare, but potentially life-threatening cause of upper gastrointestinal hemorrhage mainly in patients with end-stage liver disease at waiting list. The case described emphasizes that the RFA may cause not only localized tumor destruction or injury of the liver parenchyma and biliary system but also thermally mediated damage of vascular structures. The number of cases is likely to increase as RFA therapy becomes more common.



A 120

Título: Portal vein thrombosis and liver transplantation

Autores: Enne M; Pacheco L; Cerqueira A; Balbi E; Alves J; Amil R; Campos A; Martinho JM; Pereira JL

Local e ano de publicação: IV Congresso Brasileiro de Transplante Hepático – 2004

Introduction: portal vein thrombosis (PVT) is a technical challenge in liver transplantation (LT). In the initial experience, complete thrombosis of the portal vein was an absolute contraindication for LT. PVT is a well recognized complication of end-stage liver disease, and its incidence is estimated to range from 2% to 19%. Technical advances have allowed patients with PVT to undergo LT, despite these progress, several reports have suggested poor outcomes under these situations. Objective: to determine the incidence of PVT in the patients submitted to LT at a single center, the technical option during the operation and the outcome compared with patients without PVT. Patients and Methods: during the 2-yr period between March 2002 and March 2004, 67 patients received the first liver transplantation at a single center. The patients ages ranged from 8 mo. to 66 yr. 14 patients received a living donor graft and 53 patients a cadaveric graft. PVT was determined by routine preoperative Doppler ultrasound and followed by MRI when thrombosis was suspected. The time between radiological studies and LT ranged from two days to four months. PVT was finally determined by operative findings and pathological examinations of the excised livers. Portal vein thrombectomy was performed in all cases, in two of them with the aid of the vascular curette, Fogarty balloon and eversion of the vein with sharp dissection of the thrombus. Portal anastomosis was always end-to-end, no vascular grafts was used. In all patients prophylactic treatment was administered with low molecular weight heparin followed by low dose aspirin. When a large coronary vein was found, it was systematically ligated to prevent steal syndrome. We compared the outcome of patients with or without PVT, group 1 and 2 respectively. Results: the incidence of PVT at the time of LT was 10,6% (7/66). Excluding non-cirrhotic patients, fulminant hepatic failure recipients and pediatric patients; the incidence was 18% (7/38). Two patients had complete and five partial thrombosis. The two groups were not different with regard to surgical time, cold or warm ischemic time, number of blood transfusions and hospital stay. Mortality rates at 60 days showed no significant differences among the two groups 14% (1/7) and 9,6% (3/31) respectively for group 1 and 2. Conclusions: the incidence of PVT diagnosed at the time of LT was 18% in cirrhotic adult patients. Despite technical difficulties during the pedicle dissection phase, the outlook for patients with PVT was comparable to that of patients without PVT.



A 121

Título: Liver transplantation with monosegments. Technical aspects and outcome: a meta-analysis

Autores: Enne M; Pacheco-Moreira L; Balbi E; Cerqueira A; Santalucia G; Martinho JM

Local e ano de publicação: Liver Transplantation, v. 11, n. 5, p. 564-569, 2005

The shortage of organ donors for low-weight liver transplant recipients, especially small children, has led to the development of new surgical techniques to increase the donor pool. Almost all of these techniques use the left lateral segment (Couinaud's segments II and III), but even this graft could be too large for children under 10kg, and further reduction could be necessary. Few articles address the issue of monosegmental liver transplantation. Available articles are with small sample sizes or even case reports, which makes it difficult to draw conclusions about indication and outcome for

monosegmental grafts. A search of the Medline databases using the terms “Liver Transplantation” and “Monosegmental” or “Monosegments” limited to title or abstracts with publication in the English language was conducted. The data from each study were selected and analyzed, regarding donor status (living or cadaveric), donor weight, surgical techniques used in left lateral further reduction, recipient indication for liver transplantation, age and recipient weight, graft-to-recipient body weight ratio, segment utilized, type of abdominal closure, postoperative complications, and survival. Seven publications were identified from 1995 to 2004 and fulfilled the criteria. A total of 27 pediatric patients who received a monosegment transplant were identified, median age 211 days (range, 27 to 454 days) and median weight 4.6kg (range, 2.45 to 7.4kg). Segment III was utilized in 21 (78%) and segment II in 6 (22%). Patient survival was 85.2%. In conclusion, monosegment liver transplantation appears to be a satisfactory option for infants weighting less than 10kg who require a liver transplant.



A 122

Título: Evaluation of living donor liver transplantation: how much it cost in developing country?

*Autores: Amil R; Pacheco L; Enne M; Cerqueira A; Alves J; Madureira F; Martinho JM
Local e ano de publicação: Congresso Internacional Europeu Hepatologia – 2005*

The long waiting list time and a few number of donations in the last years, made the living donor liver transplantation (LDLT) an acceptable alternative for adults and children that need an orthotopic liver transplantation. The aim of this study was to analyse the evaluation cost of a potential living donor (PLD) that fill all protocols guide in a public and private health unit at a developing country. Between December 2001 and October 2004, ninety PLD started the evaluation for fifty-four receptors (23 children and 31 adults). None evaluation was begun without a minimal morphological and ABO compatibility. Twenty-five PLD (23,1%) were approved and made the donation. The median evaluation time was tree months. The protocol was divided in three phases analysing laboratorial exams, serological status, tumoral markers, abdominal imaging exams (hepatic morphology) and a selective angiography of hepatic artery. Liver biopsy was not made in all PLD, it was made only in patients with body index mass between 25-30 or patients with unexplained elevated liver enzymes. Interview with hepatologist, liver transplant surgeon, infectologist, and psychologist was present in the protocol. The median cost of all evaluation process was U\$665,75 in a public hospital, and U\$3076,70 in a private unit. LDLT need a rigorous evaluation of the donor that means high cost for public and private hospitals, especially in a developing country. Less than a quarter of the PLD was able to donation that made the evaluation more expensive than showed above.



TL 37

Título: Relato de um caso de galactosemia no período neonatal

*Autores: Marques FMP; Pires AA; Figueiredo DC
Local e ano de publicação: 8.º Congresso Nacional de Pediatria – Região Sul – Florianópolis – SC – JUN/2005*

Introdução: a galactosemia é uma doença de caráter autossômico recessivo, devido à deficiência da enzima Galactose 1-fosfato uridil transferase. A doença se torna grave quando o diagnóstico não é feito a tempo hábil para que se possam introduzir as medidas dietéticas necessárias para o sucesso

do tratamento. A incidência varia entre países, sendo mais comum no sexo masculino. Devido à deficiência da enzima ocorre acúmulo de Galactose 1-fosfato nos eritrócitos, fígado e cérebro. A Galactose 1-fosfato é reduzida a galactitol que se acumula no cristalino formando catarata. Objetivo: mostrar um caso de galactosemia diagnosticado em berçário com boa evolução. Métodos: descrever o caso clínico de um recém-nascido do sexo feminino, 10 dias de vida com peso de 3.500 gramas, que deu entrada no berçário proveniente da emergência do Hospital Geral de Bonsucesso com quadro de icterícia importante, vômitos e queda do estado geral. Foram realizados exames de sangue (hemocultura, hemograma completo, bilirrubina total e frações, eletrólitos) e submetido a dieta zero, além de iniciados antibióticos (Cefepime e Vancomicina) e fototerapia única com proteção ocular. A introdução de antibioticoterapia foi motivada pelo fato do recém nascido encontrar-se em péssimo estado geral. Os exames supracitados foram todos normais exceto por bilirrubina total de 21mg/dl. Após 12 horas de instituído o tratamento, o recém-nascido já apresentava melhora do quadro clínico com queda do valor de bilirrubina para 12mg/dl. Após 24 horas de internação, foi reintroduzida dieta com fórmula apropriada para recém-nascidos e leite materno. Houve aumento do quadro de icterícia e queda do estado geral. Foi colhido teste de triagem neonatal ampliado (teste do pezinho) que mostrou aumento importante da galactose (resultado=312mg/dl). Após este resultado, foi introduzido dieta com leite sem lactose com excelente evolução. As provas de função hepática, inicialmente alteradas com a dieta, se normalizaram após a retirada da lactose. Foi testada a reintrodução de leite com lactose em três horários durante o dia, porém houve piora do quadro e retorno do resultado de galactose a níveis superiores ao valor da normalidade (500mg/dl). Atualmente é um lactente com desenvolvimento psicomotor normal, fundo de olho normal e provas de função hepática normais. Faz uso de dieta isenta de lactose. Ressalta-se a importância do teste do pezinho completo no diagnóstico diferencial das icterícias no período neonatal.



A 123

Título: Relato de caso de displasia neuronal colônica

Autores: Marques FMP; Pires AA; Figueiredo DC; Barros CRN; Filho JNS; Silva MSSA; Pastor PCR

Local e ano de publicação: 8.º Congresso Nacional de Pediatria – Região Sul – Florianópolis – SC – JUN/2005

A displasia neuronal colônica é uma doença rara caracterizada por anormalidade da inervação intestinal associada à disfunção da motilidade do cólon. A variante do tipo B é a mais comum e se define pela biópsia retal com presença de hiperplasia dos plexos submucosos. Descrevemos o caso clínico de recém-nascido da nossa unidade (parto cesáreo em 2/11/04), com peso de nascimento de 1.325g, Índice de Apgar 2/5/7 e sexo feminino. O recém-nascido foi reanimado na sala de parto e levado para a Unidade de Tratamento Intensivo onde foi administrada uma dose de surfactante pulmonar. Permaneceu em ventilação mecânica e nutrição parenteral por 72 horas e evoluiu satisfatoriamente, sendo extubado após este período, recebendo alta para Unidade Intermediária. Mostrava-se ativo com boa perfusão periférica, sem alteração ao exame físico. Após aumento do volume de dietas, iniciou quadro de distensão abdominal porém, com abdômen flácido, indolor e peristalse presente. As radiografias de abdômen mostravam distensão de alças intestinais com pouca quantidade de gás no reto. Após contato com a equipe de cirurgia infantil, foi realizado clister opaco com soro fisiológico com saída de grande quantidade de mecônio espesso. Foram aventadas as hipóteses diagnósticas de fibrose cística, hipotireoidismo congênito e doença de Hirschprung. Foi colhido sangue para triagem neonatal incluindo estas patologias. Foi reiniciada dieta por sonda orogástrica. Apresentou novo episódio de distensão abdominal com compressão torácica e apnéias, sendo transferido para UTI Neonatal. Apre-

sentou quadro de pneumonia, sendo feito uso de Vancomicina e Ciprofloxacina. Após melhora do quadro tentou-se a reintrodução da alimentação oral, sem sucesso. Após 40 dias de vida, foi realizada biópsia retal que evidenciou numerosos filetes nervosos de formas e tamanhos variados na sua maioria contendo células ganglionares, quadro compatível com displasia neuronal colônica. Permaneceu na UTI neonatal por 18 dias e apresentou piora clínica com parada cardiorrespiratória revertida. Evoluiu com crises convulsivas de difícil controle. Após melhora do quadro clínico houve transferência para a unidade intermediária onde foi novamente tentada reintrodução da alimentação associada ao uso de Domperidona, Bromoprida e Metoclorpramida sem sucesso. A menor continuava com quadro de distensão abdominal e apnéia a cada tentativa de realimentar. Foi programada cirurgia para a realização de colostomia, porém houve piora clínica evoluindo a óbito antes da realização do procedimento.



TL 38

Título: Associação entre práticas de alimentação e ganho de peso intra-hospitalar em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso de nascimento

Autor: Valete COS

Local e ano de publicação: Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia, IMS/UERJ – 2005

Este trabalho avaliou (1) os fatores associados à ocorrência de restrição ao ganho de peso observada na alta hospitalar e (2) a associação entre as práticas de alimentação e o ganho de peso durante a internação, em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso de nascimento (501 a 1.499g) na maternidade do Hospital Geral de Bonsucesso (Rio de Janeiro). Os dados foram coletados de forma retrospectiva para os nascimentos do período compreendido entre junho de 2002 a junho de 2004. Do total de 247 recém-nascidos incluídos no estudo, 203 tiveram alta hospitalar. As características ao nascimento, as morbidades e as práticas de alimentação foram levantadas dos prontuários de acordo com um questionário de pesquisa. O menor peso de nascimento, ser pequeno para a idade gestacional-3.º percentil, o maior score CRIB e a ocorrência de sepse foram associados à ocorrência de restrição ao ganho de peso extra-uterino na alta. Das 158 crianças com peso adequado ao nascimento, 69 (43,7%) encontravam-se com peso abaixo do 3.º percentil na alta. Nesses casos de restrição ao ganho de peso, foram preditores: a ocorrência de sepse, de doença metabólica óssea e o maior número de transfusões sanguíneas, embora a capacidade de explicação do modelo tenha sido pequena (14%). Estas situações merecem destaque na prática neonatal, pois podem ser marcadores de um pior desempenho no que diz respeito ao ganho de peso durante a internação. Uma vez que as morbidades pouco explicaram a ocorrência de restrição ao ganho de peso extra-uterino, em especial os casos intra-hospitalares, foi analisada a associação entre a evolução do peso nos primeiros 2 meses de vida e as práticas de alimentação. Utilizando a análise de regressão longitudinal de efeitos mistos foi observado que o número de dias para o início de dieta enteral, de dias para atingir a dieta plena, de dias para início de dieta parenteral e de dias de uso de dieta parenteral influenciaram a evolução precoce do peso (até o 17.º dia). O número de dias para início da dieta parenteral não influenciou a evolução do peso após o 17.º dia de vida. Os resultados do presente estudo sugerem 1) que o menor peso de nascimento, ser pequeno para a idade gestacional, ter maior score CRIB e a ocorrência de sepse associam-se à ocorrência de restrição ao ganho de peso extra-uterino; 2) dentre os recém-nascidos com peso apropriado ao nascimento, a ocorrência de sepse, de doença metabólica óssea e o maior número de transfusões sanguíneas associaram-se a um pior desempenho ponderal; 3) que as práticas de alimentação decididas precocemente associam-se ao ganho de peso intra-hospitalar e a revisão destas pode melhorar o desempenho ponderal de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso de nascimento.



TL 39

Título: Transplante hepático pediátrico: 28 meses de experiência do Hospital Geral de Bonsucesso no Rio de Janeiro, Brasil

Autor: Paranhos GK; Oliveira FGC; Peyneau D; Riveiro P; Oliveira ME; Cerqueira A; Pacheco-Moreira LF; Balbi E; Santalucia G

Local e ano de publicação: III World Congress of the International Pediatric Transplant Association – 2005

Objetivo: o propósito deste estudo é descrever os resultados a curto prazo (30 dias iniciais) dos primeiros 28 meses do programa de transplante hepático pediátrico da unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital público no Brasil. Métodos e pacientes: nós analisamos 24 transplantes hepáticos pediátricos de doadores vivos (58,3%) e cadáveres (41,7%), entre setembro de 2002 e dezembro de 2004. A mediana de idade dos receptores foi de 33,6 meses (9m – 87m) e o peso médio de 11,7kg (6kg – 20kg), sendo 33% menor de 10kg. O principal diagnóstico pré-transplante foi atresia de vias biliares (54,1%) seguido de hipoplasia de ductos biliares (12,5%). Resultados: a mediana dos dias de internação na unidade de terapia intensiva foi de 11 dias (4d – 43d), enquanto a mediana do período de necessidade de ventilação mecânica foi de 48 horas. Três pacientes foram extubados no centro cirúrgico. A terapia anticoagulante consistia no uso de ácido acetilsalicílico (79,1%) e dextran (91,7%). Heparina foi empregada em sete crianças (29,1%), sendo necessária a sua interrupção em quatro deles (57,1%) devido à reações adversas ou ineficácia. Todas as crianças receberam corticosteróide e FK 506 como protocolo imunossupressor, com a exceção de dois pacientes que usaram ciclosporina e azatioprina. A necessidade de pulsoterapia com metilprednisolona para episódios de rejeição aguda ocorreu em três crianças (12,5%). As complicações mais freqüentes foram as seguintes: infecção (58,35), comprometimento pulmonar (45,8%) e complicações hepáticas (33%). Somente cinco pacientes (20,8%) receberam nutrição parental, enquanto nutrição enteral/ingesta por via oral foi iniciada em 72 horas. A taxa de mortalidade foi de 16,6%. Conclusão: o transplante hepático já é um tratamento estabelecido para a insuficiência hepática pediátrica aguda e crônica. Novas técnicas cirúrgicas e regimes imunossupressores melhoram a sobrevida dos transplantes hepáticos pediátricos mas o envolvimento multidisciplinar pode auxiliar na queda da mortalidade precoce.



TL 40

Título: Início precoce de dieta enteral e duração da nutrição parental total em recém-nascidos com peso menor que 1.000g

Autor: Domett D; Mendonça L; Duarte G; Vasques CH; Oliveira F; Montenegro T; Barros F
Local e ano de publicação: XVIII Congresso Brasileiro de Perinologia – 2004

A nutrição no recém-nascido prematuro visa a aproximar o crescimento extra-uterino ao intra-uterino. O tempo ideal para que o início de dieta enteral precoce apresente vantagens como crescimento mais rápido e menor tempo de nutrição parental total (NPT). O objetivo deste trabalho é verificar se o início precoce da dieta enteral diminui o tempo de duração da NPT em recém-nascidos com peso de nascimento menor que 1.000g. Foi realizado um estudo do tipo coorte retrospectivo sobre o início precoce de dieta enteral e a duração de NPT em pacientes com peso ao nascer menor que 1.000g. A amostra estudada

foi de 53 pacientes internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital público da rede federal (Maternidade nível III). Foram incluídos aqueles internados na unidade, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2003, e excluídos os óbitos. Da amostra estudada, sete tinham peso ao nascimento menor ou igual a 750g, e 46 tinham entre 750g e 1.000g. A maior parte do grupo estudado apresentou as seguintes patologias no período da avaliação: doença da membrana hialina, persistência do canal arterial e seps. Em relação ao início da dieta enteral, foi utilizado como ponto de corte o 4.º dia de vida; até esse período a dieta foi considerada precoce. Os dados foram digitados em Excel e posteriormente lidos no Epiinfo 6.04 (CDC-Atlanta). No estudo foram analisados 53 prontuários sobre os nascidos com peso abaixo de 1.000g. Trinta pacientes iniciaram dieta enteral até o 4.º dia de vida – precocemente – (30/53 = 56,6%) e 23 iniciaram dieta enteral após esse período (23/53=43,4%). Os pacientes que iniciaram dieta mais tardiamente, a duração de NPT foi em média por 9,8 + - 5,4 dias. Naqueles que iniciaram a dieta mais tardiamente, a duração de NPT foi em média de 13,3 + - 5,5 dias ($p < 0,009$). O peso ao nascer entre as crianças que receberam nutrição parental total precoce ou tardia (peso respectivamente de 872,2 +- 101,3 e 834,7 +- 111,4) não foi clínica ou estatisticamente significativa. Os recém-nascidos abaixo de 1.000g são considerados de alto risco. Entre as doenças associadas à prematuridade, houve um predomínio das patologias respiratórias, infecção e a persistência do canal arterial. Em nossa casuística foi observado que a presença destas complicações não foi um impedimento para o início da dieta precoce. Assim, concluímos que a dieta enteral pode trazer benefícios mesmo para o grupo de maior gravidade, como diminuir a duração da utilização da nutrição parental total.



P 24

Título: Organização de um ambulatório de seguimento de recém-nascido de alto risco em hospital terciário

Autores: Moura MSS; Mendonça LF; Franco DR; Oliveira FC

Local e ano de publicação: XVIII Congresso Brasileiro de Perinatologia – XV Reunião de Enfermagem Perinatal – São Paulo – 2004

Introdução: a sobrevida de prematuros com idade gestacional e peso cada vez menor e suas complicações demonstra a importância do acompanhamento em ambulatórios de seguimento de alto risco. **Objetivo:** analisar os aspectos mais relevantes na organização de um ambulatório de seguimento de recém-nascidos em hospital com elevado fluxo de nascimentos de alto risco. **Material e métodos:** foi feito um levantamento dos nascidos menores de 1.500g no hospital, no ano de 2003, por meio dos registros da sala de parto, visando à análise de fluxo ambulatorial. Foram coletados dados acerca da evolução hospitalar a partir do resumo da alta registrado no livro de admissão ambulatorial, no período de março de 2003 a junho de 2004. **Resultado:** no ano de 2003, tivemos em nosso hospital 171 nascidos vivos menores de 1.500g, demonstrando a elevada demanda para o ambulatório de seguimento. No período da coleta dos dados, estavam cadastrados no livro de admissão 40 crianças. Analisando o peso de nascimento tivemos 15 com peso inferior a 1.000g e 21 entre 1.000 e 1.500g. Nosso menor paciente pesou ao nascimento 655g com Ballard de 25 semanas e 4 dias. Das complicações apresentadas podemos relacionar: broncodisplasia pulmonar (16), retinopatia da prematuridade (4), estrabismo (3), cegueira (1), catarata (2), hemorragia intracraniana (4), outras alterações no USTF (4). A estruturação do ambulatório vem sendo feita de acordo com os relatos de literatura e da experiência de outros serviços do Rio de Janeiro. Os pacientes são selecionados a partir de critérios pré-estabelecidos para o risco de seqüelas. Dentro de uma visão integral, o atendimento vem tendo caráter multiprofissional englobando diversas especialidades médicas e da área de Saúde.



A 124

Título: Uso da eritropoietina recombinante humana e anemia da prematuridade

Autores: Valete COS; Barbosa ADM

Local e ano de publicação: Revista Brasileira de Medicina – Pediatria Moderna (no prelo)

Objetivo: apresentar aspectos clínicos da anemia da prematuridade e resultados de estudos que utilizaram a eritropoietina recombinante humana como parte do tratamento desta condição em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer. Fonte dos dados: Medline (1993 – 2005), Biblioteca Cochrane, incluindo os estudos clínicos que avaliaram a administração subcutânea da medicação, utilizando os seguintes descritores: anemia, prematuridade e eritropoietina, com busca secundária e inclusão da dissertação de mestrado da autora. Foi incluída a análise crítica dos autores. Síntese dos dados: um grande número de estudos já foi realizado nesta área, com importante variabilidade de resultados, por conta de diferenças metodológicas. As revisões sistemáticas (duas) concluem que a medicação reduz a proporção de crianças transfundidas, mas não evita transfusões. As metanálises (duas) também concluem que há redução de transfusões (razão de chances). Conclusões: há evidências de que o tratamento com eritropoietina recombinante humana eleva os níveis finais de hematócrito e hemoglobina, com diferentes repercussões no volume e número de transfusões sanguíneas, sendo os resultados, na sua maioria, satisfatórios. O tratamento precoce parece resultar em maior benefício. Tratar a anemia do prematuro, nas circunstâncias descritas, não prescinde da adoção de critérios conservadores de transfusão sanguínea, da redução das perdas sanguíneas, aliados à administração de eritropoietina recombinante.



A 125

Título: Sobrevivência de RN de muito baixo peso em UTI Neonatal

Autores: Peyneau DPL; Coeli RC; Montenegro T; Perez MA; Oliveira F

Local e ano de publicação: Congresso Brasileiro de Perinatologia – 2004

Objetivo: as taxas de mortalidade neonatal variam de acordo com o perfil de cada maternidade. A Maternidade do HGB é referência para gestantes de alto risco e recebe pacientes de todas as regiões da cidade. Objetivos: identificar os percentuais de mortalidade dos prematuros de muito baixo peso internados na UTI neonatal. Material e métodos: foi realizado um estudo observacional retrospectivo de todos os recém-nascidos com pesos de nascimento menor que 1.500g internados na UTI neonatal, no período de maio de 2002 a maio de 2004 (2 anos) e foram definidos os seguintes pontos de corte para o peso de nascimento: grupo 1=menor que 750g; grupo 2=750 a 999g; grupo 3=1.000 a 1.249g; grupo 4=1.250 a 1.499g. Os dados foram obtidos do registro de internações. Os critérios de exclusão foram: óbitos com menos de 24 horas de vida e malformações congênitas graves incompatíveis com a vida. Foram construídas curvas de sobrevivência (Kaplan-Meier) para os óbitos, segundo a idade gestacional e peso de nascimento. Foi utilizado o programa estatístico SPSS-PC (versão 11). Foi feita correlação dos óbitos do grupo 1 com o escore CRIB na internação. Resultados: no período de observação, 447 recém-nascidos foram internados na UTI e destes, 245 (54,8%) pesavam menos de 1.500g ao nascer. Foram excluídos 21 pacientes. O peso de nascimento variou de 470g a 1.470g, sendo o peso a partir do qual se observou sobrevivência de 560g. A mortalidade dos prematuros com menos de 1.500g foi de 28,4%, sendo que dentre os óbitos, 75% eram prematuros com peso de

nascimento inferior a 945g. A média do escore CRIB no grupo 1 foi de 13,2, sendo que 75% destes pacientes tinham tinham CRIB maior ou igual a 16. Conclusões: cada vez mais, a Unidade Materno Infantil do HGB vem se consolidando como referência para gestantes de risco, com uma taxa de internação de prematuros de muito baixo peso na UTI neonatal se mantendo em torno de 60%. As taxas de mortalidade dos grupos 3 e 4 provavelmente são melhores que os resultados apresentados, já que os pacientes com peso de nascimento dentro destas faixas e em melhores condições clínicas são internados na UI neonatal. As taxas de sobrevida para o grupo 1 ainda são insatisfatórias, apesar dos escores de risco bastante elevados destes recém-nascidos. Concluimos que são necessárias reformulação das estratégias de atendimento nos vários níveis, desde a assistência pré-natal até a criação de uma unidade específica para o tratamento de prematuros extremos.

Referências bibliográficas

- ALBERTINI, J. J. et al. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in the patient with breast cancer. *Jama*, [S.l.], v. 276, p. 1818-22, 1996.
- ARROYO, V. et al. Definition and diagnostic criteria of refractory ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Hepatology*, [S.l.], v. 23, p. 164-76, 1996.
- ASELLI, G. *De lactibus sive lacteis venis*. Milan: [s. n.], 1627.
- BARTHOLIN, T. *Vasa lymphatica nuper hafniae in animalibus inventa et hepatis exsequiae*. Hafniae (Copenhagen): Petrus Hakius, 1653.
- BERG J. W. The significance of axillary node levels in the study of breast carcinoma. *Cancer*, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 776-8, jul-aug. 1955.
- FIGUEIREDO, N. M. A. *Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas*. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.
- KRAG D. N. et al. Surgical resection and radiolocalization of the sentinel lymph node in breast cancer using a gamma probe. *Surg Oncol*, [S.l.], v. 2, p. 335-339, 1993.
- MARIE, P. Sur deux cas d'acromegalie: hyperthrophe singuliere no congénitale des extrémités supérieures et cephalique. *Revue Médicale Française*, v. 6, p. 297-333, 1886.
- RUGGIERI, M. et al. Multiple coronary artery aneurysms in a child with neurofibromatosis type 1. *Eur. J. Pediatr.*, [S.l.], v. 159, n. 7, p. 477-80, jun. 2000.
- SANTOS, A. L. G. S.; BACKES, V. M. S; VASCONCELOS, M. A. A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zdera. *Rev. Nursing*, [S.l.], n. 48, p. 25-30, 2002.
- YOUNG, L. P.; STANLEY, A.; MENZOIAN, J. O. An anterior tibial artery aneurysm in a patient with neurofibromatosis. *Journal Vascular Surgery*, [S.l.], v. 33, n. 5, p. 1114-1117, May 2001.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, abril de 2006

OS 0146/2006