

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO



PRIORIDADES EM SAÚDE PÚBLICA

21/04
8h - 18h30
Auditório
da FIEMG



Online ISSN 2317-4404

BJSCR

23(4)

Junho – Agosto 2018

June – August 2018

2018



Título abreviado/ Short title: Braz. J. Surg. Clin. Res.
Sigla/Acronym: BJSCR
Editora / Publisher: Master Editora
Periodicidade / Periodicity: Trimestral / Quarterly
Indexação / Indexed: Latindex, Google Acadêmico, Bibliomed, DRJI, Periódicos CAPES e EBSCO host.

Início / Start: Dezembro, 2012/ Decembrer, 2012

Editor-Chefe / Editor-in-Chief: Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho [MS; Dr]

Conselho Editorial / Editorial Board

Prof. Dr. Antonio Marcos dos Anjos Neto: Instituto do Rim de Maringá – Maringá – PR – Brasil
 Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif - Maringá – PR – Brasil
 Profa. Dra. Carolina Baraldi Araujo Restini - MSU - Michigan State University - East Lansing - Estados Unidos
 Profa. Dra. Claudia Tiemi Miyamoto Rosada - Marialva - PR- Brasil
 Prof. Dr. Edmar Miyoshi – UEPG– Ponta Grossa – PR
 Prof. Dr. Luciano Tavares Ângelo Cintra: UNESP – Araçatuba – SP – Brasil
 Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli: UEM e UNINGÁ – Maringá – PR – Brasil
 Prof. Dr. Paulo Rodrigo Stival Bittencourt: UFTPR – Medianeira – PR – Brasil
 Prof. Dr. Jefferson José de Carvalho Marion: UFMS – MS - Brasil
 Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif: UNINGÁ - Maringá – PR – Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Spezzia: UNIFESP – São Paulo – SP – Brasil
 Prof. Dr. Romualdo José Ribeiro Gama: IPEMCE - São Paulo- SP
 Profa. Dra. Rosana Amora Ascari: UDESC – Chapecó - SC
 Prof. Dr. Ricardo Radighieri Rascado: UNIFAL – Alfenas – MG
 Prof. Dr. Rogério Tiyo - FACEC - Cianorte - PR - Brasil
 Profa. Dra. Tatiliana Geralda Bacelar Kashiwabara – IMES – Ipatinga – MG
 Profa. MSD. Thais Mageste Duque – UNICAMP – SP, UNINGÁ – PR
 Profa. Dra. Lamara Laguardia Valente Rocha – UNEC - MG

MASTER EDITORA: Rua Princesa Isabel – 1236, CEP 87014-090 – Maringá – Paraná – Brasil

IMES - Instituto Metropolitano de Ensino Superior

DAMIMES - DIRETÓRIO ACADÊMICO DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO

LOCAL: AUDITÓRIO DA FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FIEMG)
 Avenida Pedro Linhares Gomes, N° 5431 - Horto, Ipatinga - MG, CEP: 35180-900

DATA: 21 de abril de 2018

WEBSITE: <https://damimesunivaco.wixsite.com/damimes>

COMISSÃO ORGANIZADORA

PRESIDENTE: Mariane Barbosa Finotti

VICE-PRESIDENTE: Lucas D'Almeida Franco

COORDENADORAS DE PESQUISA: Clara Regina Claudino Coelho e Bruna Latif Rodrigues Carvalho

AVALIADORES: Anderson De Almeida Rocha
 Fahyme Costa Silva Almeida
 Gabriel Monteze Ferreira
 Gabriela Dias Medeiros
 Henrique Gomes De Barros
 Rodrigo Silveira Machado
 Sílvia Mattos Pereira Franco
 Tamara Silveira Machado

Prezado leitor,

Disponibilizamos a edição 23(4) Especial do periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, contendo a produção científica do **I Congresso Médico Científico do Leste Mineiro**, organizado pelo Diretório Acadêmico do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - Curso de Graduação em Medicina do **Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES**.

A **Master Editora** e o periódico **BJSCR** agradecem à Comissão Organizadora, Docentes e Acadêmicos participantes do evento, pela confiança depositada em nosso periódico.

O **BJSCR** é um dos primeiros “Open Access Journal” do Brasil, representando a materialização dos elevados ideais da **Master Editora** acerca da divulgação ampla e irrestrita do conhecimento científico produzido pelas Ciências da Saúde e Biológicas.

Boa leitura!

Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe BJSCR

O periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** é uma publicação da **Master Editora** para divulgação de conteúdo científico apenas em mídia eletrônica, indexada às bases de dados **Latindex**, **Google Acadêmico**, **Bibliomed**, **DRJI**, **Periódicos CAPES** e **EBSCO host**.

Todas as produções publicadas nesta edição foram formalmente autorizadas por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade. As opiniões emitidas pelos autores não necessariamente correspondem às opiniões da **Master Editora**, do periódico **BJSCR** e/ou de seu Conselho Editorial.

MANUSCRITO ORIGINAL

PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO ALÉRGICA DE PACIENTES ATENDIDOS EM CLÍNICA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA NA REGIÃO DO VALE DO AÇO

MARIA EDUARDA PEREIRA SOARES LOPES¹, GUSTAVO BITENCOURT CAETANO BARROS¹, MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, YSADORA MAYUME BACELAR KASHIWABARA¹, TATILIANA G. BACELAR KASHIWABARA², PATSY LUCIANA VALADARES 09

RELATO DE CASO: METÁSTASE IMPROVÁVEL DE ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU EM PACIENTE DE 49 ANOS

DÉBORA DE OLIVEIRA SAMPAIO^{1*}, BRUNA EVELLYN FREITAS DE OLIVEIRA¹, LUCAS D'ALMEIDA FRANCO¹, ANA CAROLINE SILVEIRA DE ABREU¹, REJANE APARECIDA BUENO TORRES², LUCIANO DE SOUZA VIANA³ 22

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO DE MORBIDADE POR FEBRE AMARELA NO LESTE MINEIRO

RAQUEL ALVES CORDEIRO^{1*}, KIMILLY VIEIRA DOS SANTOS ROCHA¹, MARIANA LOPES STULZER¹, LUCIANO DE SOUZA VIANA² 27

O ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): INTEGRAÇÃO ENTRE FAMÍLIA, ESCOLA E TERAPEUTAS

BÁRBARA CÂNDIDA ALVES PEREIRA DE ARRUDA^{1*}, ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL¹, MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, LUIZ FLÁVIO FERREIRA FIGO¹, JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO BARROS¹, SILVIA BASTOS HERINGER-WALTHER² 29

DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO DE CRIANÇA DESDE OS 2 ANOS DE IDADE

GABRIELLA DE FREITAS CARDOSO¹, ANDRÉ CLEMENTINO SANCHES BRANDÃO², YAGO HOLLANDA CAVALCANTI MENDES², LAYANDRA VITÓRIA DE ASSIS², LUCAS DANIEL SCHUFFNER^{3*} 33

RESUMOS

ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU COM METÁSTASE OVARIANA: RELATO DE CASO

DEBORA SAMPAIO DE OLIVEIRA^{1*}, ANA CAROLINE SILVEIRA DE ABREU¹, BRUNA EVELLYN FREITAS DE OLIVEIRA¹, LUCAS D'ALMEIDA FRANCO¹, LUCIANO DE SOUZA VIANA² 36

ARTRITE REUMATÓIDE E SUAS MANIFESTAÇÕES SINTOMATOLÓGICAS NÃO ARTICULARES: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM TENDINOPATIAS

ANA LUIZA XAVIER DRUMOND^{1*}, AMANDA DE ALMEIDA PRATES¹, MARLON COSTA FERREIRA¹, ÚRSULA GAMA PIMENTA MURTA¹, RAMON TEODORO SILVEIRA², THIAGO BARRETO MAFRA OLIVEIRA³ 38

DESFECHO CLÍNICO E CIRÚRGICO DE CRIANÇA CARDIOPATA NASCIDA A TERMO, PORTADORA DE TETRALOGIA DE FALLOT: RELATO DE CASO.

ANDRÉ FRANÇA FONTES CAL¹, JOSEPH GUALBERTO BICALHO¹, LARISSA ANNE RUAS CANGUSSU¹, LISSA CARVALHO WERNEQUE¹, LÉA RACHE GASPAR^{2*} 39

FOLLOW-UP DE PRÉ-ESCOLAR EXTREMAMENTE PREMATURO E DE EXTREMO BAIXO PESO AO NASCIMENTO: RELATO DE CASO

JOSEPH GUALBERTO BICALHO¹, ANDRÉ FRANÇA FONTES CAL¹, LARISSA ANNE RUAS CANGUSSU¹, LISSA CARVALHO WERNEQUE¹, LÉA RACHE GASPAR^{2*} 40

ESPOROTRICOSE LINFOCUTÂNEA DE EVOLUÇÃO TÍPICA ASSOCIADA A LESÕES CAUSADAS POR FELINO: RELATO DE CASO

KELLY PAULA XAVIER¹, MARCELO DE SOUZA FRAGOSO SANT'ANA¹, MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, YSADORA MAYUME BACELAR KASHIWABARA¹, VERA MÔNICA DE SOUZA², TATILIANA GERALDA BACELAR KASHIWABARA^{3*} 41

A IMPORTÂNCIA DO APOIO MULTIDISCIPLINAR E FAMILIAR NO MANEJO DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO

ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL^{1*}, BÁRBARA CÂNDIDA ALVES PEREIRA DE ARRUDA¹, LUIZ FLÁVIO FERREIRA FIGO¹, JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO BARROS¹, MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, SILVIA BASTOS HERINGER-WALTHER² 42

DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE REALIZADO POR PALPAÇÃO DE PULSOS ASSIMÉTRICOS: RELATO DE CASO

DANIELA GONZALEZ MENDES¹, ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL¹, ISADORA ERVILHA BARROS^{1*}, LORENA CORRIERI PRAÇA FIGUEIREDO¹, DIEGO EMMANUELL RIBEIRO REIS² 43

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO UTERINO EM GESTANTE COM 37 SEMANAS DE GESTAÇÃO

IZABELA DA SILVA MELO¹, LUANA DE ALMEIDA ALBINO GONÇALVES¹, LUCAS OTÁVIO DE MORAIS LAGE¹, NATHALIA BARROSO COELHO¹, RICARDO CYSNE RODRIGUES², LAÍSS ALBINO DE ALMEIDA GONÇALVES^{3*} 44

CARCINOMA SARCOMATÓIDE DE BEXIGA EM PACIENTE DE 43 ANOS SEM HISTÓRIA PRÉVIA DE TABAGISMO E FATORES PREDISPONENTES

LUANA DE ALMEIDA ALBINO GONÇALVES¹, FELIPE MAGALHÃES CÂMARA², JOSÉ HENRIQUE DALLACQUA SANTIAGO³, LAÍSS ALBINO DE ALMEIDA GONÇALVES⁴, MATHEUS MACIEL BRAGA⁵, ROGÉRIO SAINT-CLAIR PIMENTEL MAFRA^{6*} 45

DERRAME PERICÁRDICO PANCARDÍACO IMPORTANTE DECORRENTE DE HIPOTIREOIDISMO: RELATO DE CASO	
ANA LUÍSA DRUMOND CORRÊA ¹ , LUISA MARÇAL DE PAULA ¹ , MAÍSA MARQUES BARROS ¹ , THAÍS CARREIRO DE MORAIS ^{1*} , VINÍCIUS LÚCIO SOUSA ²	46
DIAGNÓSTICO DE COLESTASE INTRA-HEPÁTICA EM PACIENTE DE 28 ANOS POR USO INADVERTIDO DE ANABOLIZANTE ESTANOZOLOL: RELATO DE CASO	
LUCAS OTÁVIO DE MORAIS LAGE ¹ , MARIANA SOUZA CALHEIRA PEREIRA ¹ , PATRÍCIA MORAIS DE CARVALHO ¹ , THAYS DE OLIVEIRA ROCHA ^{1*} , VICENTE PAULO BRANDÃO RAPOSO ²	47
NEUROCRIPCOCOSE DIAGNOSTICADA EM GESTANTE IMUNODEPRIMIDA APÓS QUADRO DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA	
NATHALIA BARROSO COELHO ¹ , IZABELA DA SILVA MELO ¹ , LANNA L. CAMARGO LEITE ¹ , LUANA DE ALMEIDA ALBINO GONÇALVES ¹ , CAMILA FONSECA BARROS ² , FABRICIO MELO NASCIMENTO ^{3*}	48
PACIENTE DE 37 ANOS COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE E HISTÓRIA PRÉVIA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E FEBRE REUMÁTICA	
ANA CÉLIA HOLLANDA CAVALCANTI GUIMARÃES ¹ , LANNA L. CAMARGO LEITE ¹ , LUANA DE ALMEIDA ALBINO GONÇALVES ¹ , NATHÁLIA SIMÕES FERNANDES ¹ , HERMANO CRIST DO PRADO PINTO ² , LUCAS FILLIPE CAMPOS COELHO ^{3*}	49
OBSTRUÇÃO DO SISTEMA DE DRENAGEM DO FÍGADO CURSANDO COM HEPATOMEGALIA E HIPERTENSÃO PORAL: SÍNDROME DE BUDD CHIARI: UM RELATO DE CASO	
ALEXANDRE HENRIQUE CAMPOS VALADARES ¹ , ÁLVARO HENRIQUE CORREIA BARCELLOS ¹ , CECÍLIA SILVA DE PAULA FARIA ¹ , LARA FERNANDA DOMINGOS ¹ , DIEGO EMMANUELL RIBEIRO REIS ^{2*}	50
ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA AGUDA: SUSPEITA DIAGNÓSTICA COM BASE NA CLÍNICA E EPIDEMIOLOGIA	
AMANDA CAMPOS FRANCO ^{2*} , ANA CAROLINE SILVEIRA DE ABREU ¹ , SAMUEL ANGELO HONORATO MACIEL SANTANA ¹ , ANA JÚLIA LOPES VALÉRIO ² , VERA LÚCIA VENANCIO GASPARG ³ , ANA LUIZA MENDES BARCELOS E SANTOS ³	51
HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO ASSOCIADO A NEFROLITÍASE DE REPETIÇÃO: UM RELATO DE CASO	
AMANDA TRINDADE DE OLIVEIRA ¹ , MARIA FERNANDA BONOME CARDOSO ¹ , THACILA LAGE DUARTE ¹ , RAISSA ALBUQUERQUE CALAIS DE OLIVEIRA ^{1*} , ANDRÉ LUÍS RIBEIRO MUNIZ ²	52
O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CÂNCER PANCREÁTICO: UM RELATO DE CASO DE ADENOCARCINOMA DUCTAL INOPERÁVEL	
AMANDA FEJOLI ROLDI ¹ , ANA LUIZA SOARES TOLEDO ¹ , LORENA FREITAS FERREIRA ¹ , MARIANE BARBOSA FINOTTI ¹ , TALES COUTINHO DE CASTRO ² , SILVIA BASTOS HERINGER WALTHER ^{2*}	53
ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO: RELATO DE CASO DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO E TRATAMENTO BEM SUCEDIDO EM PACIENTE LACTENTE	
MARIANA BARROS FREITAS ^{1*} , GABRIELA GIDI MOTA ¹ , LARISSA CRUZ TERRA ¹ , MARIA LUIZA BARROS FREITAS ¹ , BRUNO RAINER BORGES BACELAR ²	54
CORRELAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO E SUAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES: ESTRATÉGIAS SIMPLES PARA PREVENÇÃO	
RAFAELLA ALBUQUERQUE LOPES ^{1*} , MATHEUS SOARES LEITE ¹ , PEDRO HENRIQUE BATISTA SOUZA FERREIRA ¹ , ELISEU BOMFÁ SANTOS JÚNIOR ¹ , DIEGO EMMANUELL RIBEIRO REIS ²	55
O DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE EM PACIENTES COM HLA-B27 NEGATIVO: RELATO DE CASO	
SAMUEL ANGELO HONORATO MACIEL SANTANA ^{1*} , AMANDA CAMPOS FRANCO ² , ANA CAROLINE SILVEIRA DE ABREU ¹ , ANA JÚLIA LOPES VALÉRIO ² , MIGUEL HONORATO OLIVEIRA ³	56
ACOMPANHAMENTO PEDIÁTRICO AMBULATORIAL DE UM PACIENTE PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME: UM RELATO DE CASO	
FERNANDA MACHADO DIEL ¹ , FERNANDA DUARTE ASSIS ¹ , IURY MATHEUS MENDES OLIVEIRA ¹ , KELLY PAULA XAVIER ¹ , GIULIANA ALVES TARTAGLIA VILELA ^{2*}	57
COMA MIXEDEMATOSO ASSOCIADO À DOENÇA PSIQUIÁTRICA – RELATO DE CASO COM ABORDAGEM SOCIAL	
ERIC SOUZA MAGALHÃES ¹ , MARINA VIEIRA ARTHUSO ^{1*} , RAFAELA PENA MAGALHÃES ¹ , HANA JERMANI COELHO ¹ , IRILEY CASTRO ²	58
TRANSTORNO MENTAL INDUZIDO POR SUBSTÂNCIAS: RELATO DE CASO	
MARIANA CARDOSO FERNANDES ^{1*} , BRENO DOS SANTOS ANTUNES JUNIOR ¹ , GLAUDSON GOMES DE ANDRADE ¹ , JÉSSICA SALGADO BADINHANI MOTA ¹ , BRUNO CÓPIO FÁBREGAS ²	59
CEGUEIRA UNILATERAL POR MEIO DA SÍFILIS	
GABRIELA COELHO TEIXEIRA CAMPOS ^{1*} , SHEILA ALVES GOMES TOMAZ ¹ , AUGUSTO ZBONIK MENDES ¹ , FERNANDA OLIVEIRA MONTEIRO ² , MATHEUS DE OLIVEIRA MONTEIRO ³	60
HERMAFRODITISMO VERDADEIRO: RELATO DE CASO	
ANA CÉLIA HOLLANDA CAVALCANTI GUIMARÃES ¹ , FILIPE HOLLANDA CAVALCANTI SOARES ¹ , NATHALIA SIMÕES FERNANDES ¹ , THAÍS CARREIRO DE MORAIS ¹ , LUCAS FILIPE CAMPOS COELHO ^{2*}	61
NEURITE ÓPTICA UNILATERAL IDIOPÁTICA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE DO SEXO FEMININO: RELATO DE CASO	
ERIC DE SOUZA MAGALHÃES ¹ , HANA JERMANI COELHO ^{1*} , JÉSSICA MARTINS DAMASCENO ¹ , MARCOS TADEU TRINDADE FILHO ¹ , EVELYN JERMANI ² , LAÍSS ALBINO DE ALMEIDA GONÇALVES ³	62
CLOUD NINE: A DROGA “ZUMBI” CHEGA AO VALE DO AÇO - RELATO DE CASO QUE ENUMERA AS PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO ENTORPECENTE	
LETICIA TAFF CARVALHO SILVA ¹ , RAFAELA FERRO VALENTE ¹ , THAYLA BRANDÃO DUARTE ¹ , VALÉRIA LOPES CUPERTINO ^{1*} , SILVIA BASTOS HENRINGER-WALTHER ²	63
CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA ASSIMÉTRICA EM GESTANTE ADOLESCENTE PREVIAMENTE ASSINTOMÁTICA: RELATO DE CASO	
MARCELO CÂNDIDO SARMENTO DRUMOND NOBRE ¹ , STÉPHANIE CALIXTO SARTORI ¹ , LAÍS SIMIÃO GARCIA ¹ , ARIANE SIMIÃO GARCIA ² , ANDRÉ LUIZ CÂNDIDO SARMENTO DRUMOND NOBRE ^{3*}	64
SUSPEITA DE SÍNDROME DE COSTELLO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	
LUCAS D'ALMEIDA FRANCO ^{1*} , BERNARDO CORREA GRACIOLLI DE ASSIS ¹ , AMANDA GUIMARÃES DAL COL ¹ , ISABELA RIBEIRO CAMARGOS ¹ , JEFFERSON HOPPER DO CARMO ²	65

DOENÇA DE BESNIER-BOECK-SCHAUMANN ACOMETENDO APARELHO RESPIRATÓRIO E SISTEMA TEGUMENTAR: RELATO DE CASO	
LORENA BRETAS STELZER TAVARES ^{1*} , ANA FLÁVIA EMERY SANTOS ¹ , BRUNO BITTENCOURT PROCÓPIO ¹ , LÍVIA SILVA DE PAULA FARIA ² , JAMILLE HEMÉTRIO SALLES MARTINS COSTA ³ , JULIANO LEONEL THIESEN ⁴	66
DOENÇA DE DUHRING-BROCQ SE APRESENTANDO DE FORMA ATÍPICA ASSOCIADA À DOENÇA CELÍACA: UM RELATO DE CASO	
LORENA BRETAS STELZER TAVARES ^{1*} , ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL ¹ , FÉLIX HOLLANDA CAVALCANTI SOARES ¹ , LÍVIA SILVA DE PAULA FARIA ² , JAMILLE HEMÉTRIO SALLES MARTINS COSTA ³ , JULIANO LEONEL THIESEN ⁴	67
FEBRE AMARELA COM EVOLUÇÃO PARA FALÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE: EXPECTATIVAS DO TRANSPLANTE HEPÁTICO	
MARINA LEITE GONÇALVES ¹ , SAMILLA CRISTINE LIMA OLIVEIRA ^{1*} , THAYS DE OLIVEIRA ROCHA ¹ , RENAN MURTA SOARES DE ALMEIDA ²	68
FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÊMUR EM IDOSOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA EM ASCENSÃO, COM NECESSIDADE DE MEDIDAS PREVENTIVAS	
MARINA LEITE GONÇALVES ¹ , SAMILLA CRISTINE LIMA OLIVEIRA ^{1*} , THAYS DE OLIVEIRA ROCHA ¹ , RENAN MURTA SOARES DE ALMEIDA ²	69
HIDRONEFROSE CONGÊNITA COM DIAGNÓSTICO INTRA-ÚTERO – RELATO DE CASO	
AMANDA GUIMARÃES DAL COL ^{1*} , LUCAS D'ALMEIDA FRANCO ¹ , BERNARDO CORREA GRACIOLI DE ASSIS ¹ , ISABELA RIBEIRO CAMARGOS ¹ , JEFFERSON HOPPER DO CARMO ²	70
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA SECUNDÁRIA À DOENÇA FIBRODISPLÁSICA DE ARTÉRIA RENAL: RELATO DE CASO	
AMANDA ROSSI PONCIO VITA ¹ , ANA ELIZA ALVES TRAVENZOLI ¹ , ELIENAY CASSIO OLIVEIRA ¹ , FLÁVIA ROBERTA SOUZA ^{1*} , NORBERTO DE SÁ NETO ²	71
DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL – UM RELATO DE CASO	
LARISSA CRUZ TERRA ^{1*} , GABRIELA GIDI MOTA ¹ , JAMILLE GONÇALVES NACUR NAGEM ¹ , LUDIMILA SANTOS VIANA ¹ , THAIZA HOLLANDA MENDES MENEZES ²	72
MANIFESTAÇÕES DA LEISHMANIOSE VISCERAL EM MULHER JOVEM DURANTE O TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO: ESTUDO DE CASO	
MARCOS TADEU TRINDADE FILHO ¹ , MARIANE BARBOSA FINOTTI ¹ , THAIS CARREIRO DE MORAIS ¹ , THAYS DE OLIVEIRA ROCHA ^{1*} , MARIANA VASCONCELOS COSTA ARAÚJO ²	73
ABORDAGEM DAS GAMOPATIAS-MIELOMA MÚLTIPLO, DIAGNÓSTICO PRECOCE, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES: RELATO DE CASO	
LIDIANE BARBOSA ALCÂNTARA ¹ , MICHELLE MENDES REIS ¹ , ANDERSON BARBOSA ALCÂNTARA ² , RAFAEL BARBOSA ALCÂNTARA ^{3*}	74
NEUROPATIA PÓS-VIRAL CAUSADORA DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA AO REFLEXO DA TOSSE TRATADA COM AMITRIPTILINA: RELATO DE CASO	
AMÓS ALVES TEIXEIRA ¹ , ANA RITA DE OLIVEIRA PASSOS ^{1*} , KAREN MORAES DE OLIVEIRA ¹ , CRISTIANE BARBIERI LOPES ²	75
RESOLUÇÃO IMEDIATA DE QUADRO ABDOMINAL COM TÉCNICA INÉDITA DE ACUPUNTURA APÓS VÁRIOS TRATAMENTOS SEM SUCESSO NA MEDICINA CONVENCIONAL	
CLARA REGINA CLAUDINO COELHO ¹ , ELISEU BOMFÁ SANTOS JÚNIOR ¹ , JOÃO VÍCTOR CAMPOS PEREIRA FIALHO ¹ , MARIA ALICE FONSECA FERNANDES ¹ , JOÃO BOSCO DUPIN ^{2*}	76
RELATO DE CASO: O AUXÍLIO DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EM PROL DA RECUPERAÇÃO COMPLETA ESTRUCTURAL, MECÂNICA E FUNCIONAL DE LESÃO GRAVE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	
LUIZ FLÁVIO FERREIRA FILHO ^{1*} , JESSICA SOUZA ¹ , SILVIA BASTOS HENRINGER-WALTHER ²	77
RELATO DE CASO: PACIENTE COM INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO E AUSÊNCIA DE CORONARIOPATIA OBRUTIVA, CARACTERIZANDO CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO	
AMANDA ROSSI PONCIO VITA ¹ , ANA ELIZA ALVES TRAVENZOLI ¹ , ELIENAY CÁSSIO OLIVEIRA ¹ , FLÁVIA ROBERTA SOUZA ^{1*} , NORBERTO DE SÁ NETO ²	78
DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO DE CRIANÇA COM SINAIS E SINTOMAS DESDE OS 2 ANOS DE IDADE	
GABRIELLA DE FREITAS CARDOSO ¹ , ANDRÉ CLEMENTINO SANCHES BRANDÃO ² , YAGO HOLLANDA CAVALCANTI MENDES ² , LAYANDRA VITTÓRIA DE ASSIS ² , LUCAS DANIEL SCHUFFNER ^{3*}	79
RELATO DE CASO: HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO EM CRIANÇA DE 8 ANOS	
MUNICKI RODRIGUES CORREA ^{1*} , ANDRESSA GONÇALVES CASTELO BRANCO BARCELOS ¹ , FÁBIO DE OLIVEIRA SANTIAGO ¹ , MANUELA CRISTINA BICALHO SANTOS ¹ , GIULIANA ALVES TARTAGLIA VILELA ^{2*}	80
RELATO DE CASO: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO DE FÍSTULA DIGESTIVA EXTERNA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO	
MANUELA CRISTINA BICALHO SANTOS ^{1*} , ANDRESSA GONÇALVES CASTELO BRANCO BARCELOS ¹ , FÁBIO DE OLIVEIRA SANTIAGO ¹ , MUNICKI RODRIGUES CORREA ¹ , JAILSON TÓTOLA ²	81
DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DE UM CASO DE FEBRE AMARELA EM SUA FORMA GRAVE: RELATO DE CASO E CONTEXTUALIZAÇÃO	
FILIPPE HENRIQUE MARQUES ^{1*} , HENRIQUE PASSOS WEIDIG ¹ , MARIANE BARBOSA FINOTTI ¹ , MATEUS FERNANDES LOPES MARTINS ¹ , LÍVIA MARIA BARROS SILVA BUENO ² , EBERALDO SEVERIANO DOMINGOS ³	82
COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	
JOSUÉ GOMES DE VASCONCELLOS NETO ^{1*} , ANDRESSA CHAVES CASSOLI ¹ , GIULIA FAUSTINI COELHO ¹ , GIULIANA VICKTÓRIA ALVES CAVALCANTE ¹ , DIEGO EMMANUELL RIBEIRO REIS ²	83
SÍNDROME DE SHEEHAN: RELATO DE CASO	
DÉBORA DE OLIVEIRA SAMPAIO ^{1*} , BRUNA EVELLYN FREITAS DE OLIVEIRA ¹ , BRUNO BITTENCOURT PROCÓPIO ¹ , RAFAELLA ALBUQUERQUE LOPES ¹ , IVANA VILELA KALIL ²	84
HANSENÍASE VIRCHOWIANA EM MULHER IDOSA NO ESTADO DE MINAS GERAIS: UM RELATO DE CASO	
ARTHUR DE SOUSA CARVALHO ¹ , AUGUSTO GOMES RAMOS PEDROGA ¹ , CHRYSTIAN MENESES RIBEIRO ^{1*} , LAYARA DE ASSIS ¹ , LORENA SOUZA RODRIGUES ²	85
PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM IDOSO NA CIDADE DE IPATINGA: UM RELATO DE CASO	
ARTHUR DE SOUSA CARVALHO ^{1*} , AUGUSTO GOMES RAMOS PEDROGA ¹ , CHRYSTIAN MENESES RIBEIRO ¹ , LAYARA DE ASSIS ¹ , ANDREA ALVIM CARVALHO DE SÁ ²	86

RELATO DE CASO - APÊNDICE ÍLEOCECAL COM SINAIS DE ISQUEMIA EM CONTEÚDO HERNIÁRIO UMBILICAL EM UM PACIENTE DE 50 ANOS	
GEVANA LUIZA SOUZA PINTO ^{1*} , AUGUSTO ZBONIK MENDES ² , GABRIELA COELHO TEIXEIRA CAMPOS ² , PÂMELLA CASTRO JUSTINO DE OLIVEIRA ³ , ALUISIO HENRIQUE RODRIGUES ⁴ , LUÍS ALBERTO VALENTE LAUFER ⁵	87
GESTÇÃO GEMELAR MONOCORIONICA E MONOAMNIÓTICA COM DIAGNÓSTICO DE ANENCEFALIA EM APENAS UM DOS FETOS	
ANDRÉ PEREZINI DE OLIVEIRA ¹ , IZABELA DA SILVA MELO ¹ , LANNA L. CAMARGO LEITE ^{1*} , LUCAS OTÁVIO DE MORAIS LAGE ¹ , CAMILA FONSECA BARROS ² , FABRÍCIO MELO NASCIMENTO ³	88
ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES DE ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES EM USO PEDIÁTRICO	
LAYANDRA VITTÓRIA DE ASSIS ^{1*} , LAYARA DE ASSIS ¹ , GABRIELLA DE FREITAS CARDOSO ¹ , LAMARA LAGUARDIA VALENTE ROCHA ² , RONNY FRANCISCO DE SOUZA ²	89
MORBIDADE POR FEBRE AMARELA NO LESTE MINEIRO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE O PERÍODO DE NOV/2014 - JAN/2016 E NOV/2016 - JAN/2018	
RAQUEL ALVES CORDEIRO ^{1*} , KIMILLY VIEIRA DOS SANTOS ROCHA ¹ , MARIANA LOPES STULZER ¹ , LUCIANO DE SOUZA VIANA ²	90
INTOXICAÇÃO POR BROMOPRIDA EM CRIANÇA DE 6 ANOS: RELATO DE CASO	
FERNANDA SOUZA DE FARIA ¹ , GABRIELA VALANI GIURIATO ¹ , JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO BARROS ¹ , JOÃO PAULO DOS SANTOS GOMES ¹ , THAYS FERRAZ SOARES ^{2*}	91
SÍNDROME DE SILVER-RUSSELL: RELATO DE CASO	
STÉPHANIE CALIXO SARTORI ^{1*} , MARCELO CÂNDIDO S. D. NOBRE ¹ , LAÍS SIMIÃO GARCIA ¹ , ARIANE SIMIÃO GARCIA ² , LÉA RACHE GASPAR ³	92
SÍNDROME DE WOLFRAM: UM CASO RARO DE DIABETES MELLITUS E ATROFIA ÓPTICA ASSOCIADA A DIABETES INSÍPIDUS E SURDEZ	
ANA LUIZA DRUMOND CORRÊA ¹ , LUISA MARÇAL DE PAULA ¹ , MÁISA MARQUES BARROS ¹ , THAÍS CARREIRO DE MORAIS ¹ , NATÁLIA COELHO MARÇAL ^{2*}	93
ACHADOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO E CONDUTA DE UM TERATOMA OVARIANO RARO - STRUMA OVARI: RELATO DE CASO	
AMANDA DUARTE E DUARTE ¹ , MARIA TEREZA COSTA LAGE ¹ , RAFAELA FERRO VALENTE ¹ , VALÉRIA LOPES CUPERTINO ¹ , ANA LUIZA COSTA LAGE ^{2*}	94
SÍFILIS PRIMÁRIA NA GESTÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA – RELATO DE CASO	
PÂMELLA CASTRO JUSTINO DE OLIVEIRA ^{1*} , FERNANDA OLIVEIRA MONTEIRO ² , GABRIELA COELHO TEIXEIRA CAMPOS ³ , GEVANA LUIZA SOUZA PINTO ⁴ , AMANDA LUIZA PIRES FIGUEIREDO ⁵	95
HEPATOPATIA CRÔNICA PROGRESSIVA E UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM COM PANCREATITE AUTOIMUNE: RELATO DE CASO	
CECÍLIA SILVA DE PAULA FARIA ¹ , IARA OLIVEIRA ALVES ¹ , ISABELA MELO BARROS ¹ , TALES COUTINHO CASTRO ¹ , LORENA MELO BARROS ^{2*}	96
RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN COM MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS	
AMANDA TRINDADE DE OLIVEIRA ¹ , RAISSA ALBUQUERQUE CALAIS DE OLIVEIRA ^{1*} , MATHEUS MATTIA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER ²	97
ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA TIPO 8: A IMPORTÂNCIA DOS AVANÇOS EM PESQUISA GENÉTICA	
ISABELA MELO BARROS ¹ , KELLY PAULA XAVIER ¹ , TAYNARA CAROLINE ALVES PEREIRA DINIZ ¹ , YSADORA MAYUME BACELAR KASHIWABARA ¹ , TATILIANA GERALDA BACELAR KASHIWABARA ^{2*}	99
O IMPACTO MÉDICO E SOCIAL DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS NOVIDADES QUANTO À ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES AMERICANAS	
ÁLVARO LOPES DE OLIVEIRA ^{1*} , BRENO RICARDO GOMES SILVA ¹ , FELIPE DE MOURA LIMA ¹ , ISABELLA CRISTINA ALVES BISPO ¹ , EDUARDO VIANA LOBATO ²	100
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO: PANCITOPENIA INDUZIDA POR MEDICAMENTOS ANTITIREOIDIANOS (TIONAMIDAS)	
MARINA LEITE GONÇALVES ¹ , SAMILLA CRISTINE LIMA OLIVEIRA ^{1*} , THAYS DE OLIVEIRA ROCHA ¹ , ANDRÉ LUIS RIBEIRO MUNIZ ²	101
VOLUMOSO TRICOBEOZAR GÁSTRICO EM ADOLESCENTE DE 11 ANOS	
MARIA EDUARDA MACHADO LIMA ^{1*} , BÁRBARA CÂNDIDA ALVES PEREIRA DE ARRUDA ¹ , LÍVIA LAUBE CAJAIBA ¹ , ESTER VIANA CARVALHO ¹ , CAMILA CORDEIRO GODINHO ²	102
TUMOR FANTASMA	
ANDRESSA CHAVES CASSOLI ^{1*} , GIULIA FAUSTINI COELHO ¹ , GIULIANA VICKTÓRIA ALVES CAVALCANTE ¹ , JOSUÉ GOMES DE VASCONCELLOS NETO ¹ , HENRIQUE DE CASTRO MENDES ²	103
ACOMETIMENTO CRANIANO DA HISTIOCILOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS EM PACIENTE DE 19 ANOS: RARO RELATO DE CASO	
PEDRO DUARTE MOREIRA ANDRADE ¹ , IARA OLIVEIRA ALVES ¹ , MARIA EDUARDA PEREIRA SOARES LOPES ¹ , BRUNO LUCAS ANDRADE ² , EDUARDO PEREIRA LOPES ^{3*}	104
PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO ALÉRGICA DE PACIENTES ATENDIDOS EM CLÍNICA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA NA REGIÃO DO VALE DO AÇO	
MARIA EDUARDA PEREIRA SOARES LOPES ¹ , GUSTAVO BITENCOURT CAETANO BARROS ¹ , MARIANE BARBOSA FINOTTI ¹ , YSADORA MAYUME BACELAR KASHIWABARA ¹ , TATILIANA G. BACELAR KASHIWABARA ^{2*} , PATSY LUCIANA VALADARES ³	105
PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO	
GABRIELA VALANI GIURIATO ^{1*} , LUIZ ALBERTO RIBEIRO SIMÕES ¹ , MARIANE BARBOSA FINOTTI ¹ , RAQUEL COTTA LAMAS ¹ , THAÍS CHAVES SANTOS AGUIAR ¹ , SILVIA BASTOS HERINGER-WALTHER ²	106
TÉTANO ACIDENTAL: DESAFIO DIAGNOSTICO NA ATUALIDADE	
GLEICIELLE BARBOSA SOUSA OLIVEIRA ^{1*} , JAMILLE HEMÉTRIO SALLES MARTINS COSTA ² , LAIS DUARTE CABRAL ¹ , MONIQUE JARETTA ARDISON ¹ , ROBERTA DE ANDRADE MACHADO ¹	107

GLAUCOMA CONGÊNITO PRIMÁRIO EM SANTANA DO PARAÍSO/MG: RELATO DE CASO

GABRIELA GIDI MOTA^{1*}, LARISSA CRUZ TERRA¹, MARIA LUIZA BARROS FREITAS¹, MARIANA BARROS FREITAS¹, THAIZA HOLLANDA MENDES MENEZES² 108

RELATO DE CASO: CISTO NASOALVEOLAR BILATERAL, COM ÊNFASE NO DIAGNÓSTICO E CORRETO TRATAMENTO CIRÚRGICO

AMANDA DUARTE E DUARTE¹, MARIA TEREZA COSTA LAGE¹, PIERA CHAVES TERRA¹, SÉRGIO LUIZ DE OLIVEIRA JÚNIOR¹, ANA LUIZA COSTA LAGE² 109

TUMOR ESTENOSANTE DE RETO COM EVOLUÇÃO PARA HIDRONEFROSE E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: RELATO DE CASO

BRUNO HENRIQUE ANDRADE BARROS^{1*}, MARIA JOSINA PEGO ANTUNES¹, SOLANGE DE FÁTIMA ANDREOLLI LOPES BARILLO³ 110

PACIENTE COM MIELITE TRANSVERSA COMO EVOLUÇÃO ATÍPICA DE FEBRE DO CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO EM HOMEM IDOSO

MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, CECÍLIA SILVA DE PAULA FARIA¹, MÁRCIA DOS ANJOS UEDA¹, ISABELA MELO BARROS¹, ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL¹, MARIANA VASCONCELOS COSTA ARAÚJO² 111

O PERFIL DO PACIENTE ATENDIDO NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES)

MARIANE BARBOSA FINOTTI^{1*}, AMANDA NIGRO BRAGA¹, YSADORA MAYUMI BACELAR KASHIWABARA¹, RENATA ALEXANDRA MACHADO², ÍRIS RODRIGUES³, TATILIANA GERALDA BACELAR KASHIWABARA⁴ 112

MAIOR PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ALÉRGICAS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE SERVIÇO PÚBLICO EM UMA CIDADE DO LESTE DE MINAS GERAIS

MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, GUSTAVO BITENCOURT CAETANO BARROS¹, YSADORA MAYUMI BACELAR KASHIWABARA¹, VINÍCIUS DEL GAUDIO ALBERGARIA¹, PATSY LUCIANA VALADARES², TATILIANA GERALDA BACELAR KASHIWABARA³ 113

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE VOLVO GÁSTRICO MESENTÉRICO AXIAL SECUNDÁRIO Á HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA: RELATO DE CASO

LETÍCIA TAFF CARVALHO SILVA¹, MARIA TEREZA COSTA LAGE¹, RENATA COSTA SENRA OLIVEIRA¹, VIRGÍNIA DE ALMEIDA REIS CAMPOS¹, ANA LUIZA COSTA LAGE^{2*} 114

O IMPACTO DO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ADOLESCENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA

JESSICA MONIQUE ZEFERINO SILVEIRA¹, PIERA CHAVES TERRA¹, SABRINA MARTINS PEGÔ¹, THIAGO VITOR DE MELO FERREIRA¹, MAURO CARVALHO REZENDE², SÍLVIA BASTOS HERINGER-WALTHER^{3*} 115

CARCINOMA EPIDERMÓIDE BASALÓIDE EM HOMEM DE 48 ANOS EX-TABAGISTA NÃO ETILISTA PELO PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)

ANA LUIZA SOARES TOLEDO^{1*}, FERNANDO HOOPER NETO¹, FABRÍCIO PRATES ARAÚJO DOS SANTOS¹, FERNANDA SOUZA DE FARIA¹, RAFAEL GOMES LOBÃO², JÉSSICA KAYENE SOUZA FERREIRA³, ALINE TEIXEIRA HENRIQUES DA MATA⁴, ISABELA MELO DUTRA⁵ 116

UM CASO DE SÍNDROME DE HUGHES: A RELAÇÃO ENTRE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

ANA LUIZA SOARES TOLEDO^{1*}, FERNANDO HOOPER NETO¹, FABRÍCIO PRATES ARAÚJO DOS SANTOS¹, FERNANDA SOUZA DE FARIA¹, RAFAEL GOMES LOBÃO², JÉSSICA KAYENE SOUZA FERREIRA³, ALINE TEIXEIRA HENRIQUES DA MATA⁴, ISABELA MELO DUTRA⁵ 117

A NEUROCISTICERCOSE TRATADA COM ESQUIZOFRENIA: IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NOS QUADROS NEUROLÓGICOS

FERNANDO BRASIL DE SOUZA HORTA¹, LAYLA KETLHYN DE OLIVEIRA SANTOS¹, MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, TIAGO VALÉRIO RIBEIRO^{1*}, MAURO CARVALHO REZENDE², SÍLVIA BASTOS HERINGER-WALTHER³ 118

SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE IPATINGA: ANÁLISE DE DADOS REGISTRADOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

GUILHERME SIMEÃO CASATI¹, MARIANE B FINOTTI¹, NATÁLIA SIMÕES TEIXEIRA¹, TASSIANA FUSINATO¹, LETÍCIA GODINHO DA FONSECA CARVALHO^{2*} 119

O PAPEL DO AMBULATÓRIO DE MEDICINA DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES) E SEU IMPACTO NA SAÚDE LOCAL

MARIANE BARBOSA FINOTTI^{1*}, MARIA DE LOURDES FARIA TORRES CÂNDIDO¹, YSADORA MAYUMI BACELAR KASHIWABARA¹, LUCAS D'ALMEIDA FRANCO¹, RENATA ALEXANDRA MACHADO², JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO BARROS³, TATILIANA GERALDA BACELAR KASHIWABARA⁴ 120

PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO ALÉRGICA DE PACIENTES ATENDIDOS EM CLÍNICA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA NA REGIÃO DO VALE DO AÇO

PROFILE OF ALLERGIC SENSITIZATION OF PATIENTS ATTENDED IN A CLINIC OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY IN THE REGION OF THE VALE DO AÇO

MARIA EDUARDA PEREIRA SOARES **LOPES**¹, GUSTAVO BITENCOURT CAETANO **BARROS**¹, MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, YSADORA MAYUME BACELAR **KASHIWABARA**¹, TATILIANA G. BACELAR **KASHIWABARA**^{2*}, PATSY LUCIANA **VALADARES**³

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano do Vale do Aço (IMES); 2. Professora do Instituto Metropolitano do Vale do Aço (IMES); 3. Especialista em Alergia e Imunologia pela ASBAI - Associação Brasileira de Alergia e Imunologia.

* Rua João Patrício Araújo, número 179,- Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. bacelarkashiwabara@bol.com.br

RESUMO

O perfil de sensibilização dos pacientes sofre influências locais, das questões relacionadas às condições climáticas e flora local. Devido a isso, foi desenvolvida uma pesquisa correlacionando os alérgenos às patologias mais frequentes na população do Vale do Aço. **OBJETIVO:** Definir o perfil de sensibilização alérgica nos pacientes atendidos em clínica especializada em Alergia e Imunologia, na região do Vale do Aço. Foram abrangidas as cidades de Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo, no período entre Janeiro/2008 a Janeiro/2010. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo de caráter transversal descritivo realizado entre Jun/08 a Jan/10, após TCLE informado, avaliando prontuários de pacientes submetidos ao teste cutâneo de leitura imediata (Prick Test). **Parâmetros avaliados:** idade, gênero, antecedentes de atopia, queixa principal e alérgenos positivo ao teste. **RESULTADO:** Foram avaliados 486 prontuários de pacientes com idade entre 2 e 20 anos. Os alérgenos mais reativos foram os inaláveis, com prevalência para as espécies acarinas: *Dermatophagoides pteronyssinus* (54,4%), *Dermatophagoides farinae* (23,6%) e *Blomia tropicalis* (15%). A Rinite Alérgica foi a patologia mais frequente, seguida pela Asma Brônquica. **CONCLUSÃO:** Os achados obtidos neste perfil de reatividade cutânea corroboram a importância da sensibilização a aeroalérgenos na patogênese das doenças alérgicas. O perfil de sensibilização pelos acarídeos na região do Vale do aço é alto, prevalecendo como principal patologia a Rinite Alérgica. Os dados desta pesquisa são significativos para a caracterização do paciente atópico em nosso meio de atuação, possibilitando um tratamento mais efetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Alérgenos, controle ambiental, perfil de sensibilização.

ABSTRACT

The patient's sensitization profile is influenced by local issues related to climatic conditions and local flora. **OBJECTIVE:** To propose the profile of allergic sensitization in patients submitted to clinical treatment in Allergy and Immunology, in the region of Vale do Aço, Brazil. The research was carried out to compare the allergens to the most frequent pathologies in the population of Vale do Aço. Were covered the cities of Ipatinga, Coronel Fabriciano and Timóteo, between January/2008 and January/2010. **MATERIAL AND METHODS:** Cross-sectional characterization study conducted between Jan/08 and Jan/10, after reported TCLE. **Parameters evaluated:** age, gender, history of atopy, main complaint and allergens. **RESULTS:** 486 patients aged 2 to 20

years were evaluated. The most severe allergens were inhalable, with prevalence for mite species: *Dermatophagoides pteronyssinus* (54,4%), *Dermatophagoides farinae* (23,6%) and *Blomia tropicalis* (15%). Allergic rhinitis was the most frequent pathology, followed by bronchial asthma. **CONCLUSION:** The findings in the cutaneous reactivity profile corroborate the sensitivity of aeroallergens in the pathogenesis of allergic diseases. The profile of sensitization of the entities of regional origin of the Vale do Aço is high, prevailing as main pathology to Allergic Rhinitis. The data of this research are significant for a characterization of the patient in our operating environment, allowing a more effective treatment.

KEYWORDS: Allergens; environmental control; sensitization profile.

1. INTRODUÇÃO

A partir da revolução industrial, a poluição do ar passou a ser considerada como um problema ligado à saúde pública, pois, estimulou a adoção de técnicas para obtenção de energia, baseadas na queima de grandes quantidades de carvão, lenha e posteriormente, óleo combustível. O uso intensivo dessas técnicas acarretou perda gradativa da qualidade do ar nos grandes centros urbanos industriais, com reflexos nítidos na saúde de seus habitantes. Portanto, a qualidade do ar deixou de ser um problema de bem-estar e passou a representar efetivamente um risco à população. Com a intensificação das atividades urbano-industriais, esses episódios adquiriram maior abrangência espacial, passando a atingir de forma mais ampla a população das cidades¹.

A poluição atmosférica tem afetado a saúde da população, mesmo quando seus níveis encontram-se aquém do que determina a legislação vigente. As faixas etárias mais atingidas são as crianças e os idosos, grupos bastante suscetíveis aos efeitos deletérios da poluição. Alguns estudos mostraram uma associação positiva entre a mortalidade, e a morbidade, devido a problemas respiratórios em crianças².

Nas últimas décadas, as doenças alérgicas apresentaram um expressivo aumento na sua prevalência e na morbidade. Esse aumento do número

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

de doentes e da sensibilização a alérgenos na asma e rinite alérgica em indivíduos atópicos poderia ser explicado por diversos fatores, entre os quais, melhor reconhecimento da doença, maior reatividade imunológica, maior exposição ambiental, mudanças no estilo de vida, contribuição de fatores infecciosos e sócioeconômicos³.

A incidência crescente de rinite alérgica e asma nos últimos trinta anos apresenta um paralelo com o aumento da poluição do ar. Assim, os poluentes ambientais podem favorecer as respostas por IgE. Este aumento de incidência e de prevalência preocupou os estudiosos e, assim, em 1989, surgiu o International Study of Asthma and Allergies in Childrens (ISAAC), tendo como um dos objetivos verificar a prevalência e gravidade da asma, da rinite e do eczema em crianças de diferentes regiões⁴. O ISAAC é um programa exclusivo de investigação epidemiológica mundial criada em 1991 para investigar a incidência de doenças respiratórias na Europa Ocidental e os países em desenvolvimento. O ISAAC se tornou um dos maiores projetos mundiais de pesquisa colaborativa já realizado, envolvendo mais de 100 países e dois milhões de crianças. Um dos grandes benefícios da utilização dos parâmetros do estudo ISAAC é a padronização de normas definidoras de quadros alérgicos⁵.

Diante desta relação entre a doença e os fatores ambientais, é essencial a compreensão do que se entende como poluição do ar. Considera-se como poluição atmosférica a mudança em sua composição ou em suas propriedades, decorrente da emissão de poluentes, tornando-o impróprio, nocivo ou inconveniente à saúde, ao bem estar público, à vida animal e vegetal. Diversos agentes podem ser percebidos como contaminantes atmosféricos: agentes de origem natural, brumas marinhas (bactérias e micro cristais de cloreto e brometos alcalinos), produtos vegetais (grãos de pólen), produtos de erupção vulcânica (enxofre, óxido de enxofre, vários tipos de partículas, ácido sulfúrico) e poeiras extraterrestres (material pulverizado de meteoritos que chegam à atmosfera), enquanto que os de origem artificial podem ser representados pelos rádio-núcleos, derivados plúmicos e os derivados halogenados de hidrocarbonetos⁶.

O trabalho desenvolvido por Soares *et al.* (2007)³ também registra esta influência entre fatores ambientais e o desenvolvimento de doenças alérgicas. Segundo este autor o perfil de sensibilização dos pacientes sofre influências do ambiente, dependendo de fatores como aqueles relacionados às condições climáticas e à flora. A análise de alérgenos em diferentes locais no Brasil mostra uma grande variação dependendo das condições de temperatura e umidade do ar.

A sensibilização alérgica dos indivíduos depende, também, da interação entre os fatores genéticos e ambientais, reforçando a importância da exposição para o desenvolvimento das doenças alérgicas. Cerca de 70% a 85% dos pacientes com diagnóstico de asma e rinite alérgica possuem algum tipo de sensibilização a aero

alérgenos. A realização dos testes cutâneos é importante bem como o tratamento³.

Bagatin & Costa (2006)⁷ consideram a rinite alérgica como um problema de extensão mundial com tendência a se agravar, cada vez mais, em virtude do progresso industrial, com o surgimento crescente de novas substâncias alergênicas e aumento das grandes concentrações urbanas e da poluição ambiental.

Rodrigues *et al.* (2009)⁸ apontam o aumento da prevalência das doenças alérgicas em todo mundo, afirmam que cerca de 500 milhões de indivíduos sofrem desta doença. Registram também a estreita ligação entre asma e rinite alérgica, que coexistem muitas vezes no mesmo indivíduo.

A coexistência da rinite alérgica e da asma é também citada em estudos de outros autores que estimam 60 a 78% dos asmáticos tenham também rinite alérgica. Adicionalmente, a rinite tem sido reconhecida, por estes mesmos autores, como fator de risco de desenvolvimento de asma em cerca de 8% dos casos, sendo esta comorbidade denominada Síndrome da Doença Única das Vias Aéreas^{8,9,10}.

Além da asma brônquica, outras comorbidades associam-se a rinite alérgica, como a conjuntivite alérgica, esta associação ocorre, sobretudo, na alergia ao pólen e contribui para o agravamento do quadro alérgico com olhos lacrimejantes, prurido, olho vermelho, sensação de corpo estranho e raramente está presente nos doentes sem rinite⁸.

Outra patologia que afeta as vias respiratórias e que ocorre juntamente com a rinite, é a rinossinusite, conforme descrito por Rodrigues *et al.* (2009)⁸. Segundo estes autores o quadro de rinossinusite alérgica é freqüente e sua incidência tem aumentado em 53 e 70% dos doentes com rinite apresentando também sinusite e 56% dos doentes com sinusite sofrendo de sintomas de rinite. Os autores defendem, também, que a sinusite é uma complicação da rinite, pois a alergia leva a inflamação da mucosa nasal, com edema e obstrução dos óstios dos seios paranasais ocorrendo má oxigenação e drenagem.

Segundo Teldeschi *et al.* (2002)¹¹, em um levantamento em escolas públicas e particulares de regiões Administrativas (R.A) do município do Rio de Janeiro que compreende os bairros da Barra da Tijuca, Recreio dos Bandeirantes e Jacarepaguá, envolvendo crianças e adolescentes com alergia respiratória e asma com idade entre 6 e 14 anos, utilizando o questionário validado "ATS-DLD-78-C" para diagnóstico de asma em levantamentos populacionais, demonstraram que não houve diferença significativa nos valores obtidos para a incidência de asma entre os estudantes das escolas públicas e das particulares. Além disso, 37 % das 2.941 crianças que participaram da pesquisa, apresentavam sintomas sugestivos de rinite, o que mostra a grande freqüência desta associação, como em outros estudos.

A importância epidemiológica da rinite alérgica no Brasil pode ser compreendida por intermédio de estudos como o de Solé *et al.* (2006b)¹², que foi desenvolvido em 20 cidades brasileiras e que demonstrou a

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

prevalências semelhantes de asma e de rinite. No entanto, as maiores prevalências foram observadas para a manifestação clínica do quadro atópico correspondente ao eczema.

Conforme revisto por Ibiapina *et al.* (2008)¹³, o estudo colaborativo denominado¹⁴ mostrou que em escala mundial, a prevalência de sintomas associados à rinosinusite variou de 0,8 e 14,9% entre as crianças de seis e sete anos e de 1,4 a 39,7% nas idades de 13 e 14 anos. O mesmo estudo revelou, ainda, que a comorbidade entre asma e rinite alérgica pode alcançar 80%. Salientou, também, que pacientes com asma freqüentemente apresentam sintomas nasais de mais difícil controle que a própria asma.

Embora a rinite seja considerada como uma doença comum, pouco se conhece sobre sua epidemiologia. A ausência de método padronizado para identificá-la em estudos epidemiológicos é obstáculo importante na obtenção desses dados. A maioria dos estudos sobre a ocorrência de rinite alérgica refere-se aos dados de prevalência, obtidos uma única vez, e geralmente em pequenos grupos populacionais.

A prevalência de rinite entre crianças e adolescentes brasileiros foi determinada pela primeira vez em um estudo padronizado¹⁴ com a participação dos centros das cidades de Recife, Salvador, Uberlândia, Itabira, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Os resultados foram variáveis e as maiores taxas de prevalência de rinite foram documentadas nos grandes centros urbanos. Nas cidades das regiões Sul e Sudeste, as maiores prevalências de sintomas nasais ocorreram nos meses mais frios do ano (maio a agosto). Nas cidades do Nordeste, não houve diferença na prevalência dos sintomas nasais segundo os meses do ano.

Passados sete anos da primeira fase do ISAAC, realizou-se novo levantamento epidemiológico, que incluiu um número maior de centros participantes, passando a contar com um total de 20 municípios, abrangendo todas as regiões do Brasil. A análise comparativa dos dados obtidos pelos centros que participaram dos dois estudos epidemiológicos documentou o que já vinha sendo apontado pela literatura internacional, que alertava para o aumento da prevalência da rinite. O resultado deste estudo multicêntrico mostrou que a prevalência média de sintomas relacionados à rinite alérgica foi 29,6% entre adolescentes e 25,7% entre escolares¹⁵.

Em vista disto, este estudo teve como objetivo determinar, em uma amostra populacional de crianças e adolescentes da região no Vale do Aço, o perfil epidemiológico dos portadores de rinite alérgica, considerando fatores sócio econômico, ambiental e clínico, visando colaborar para a produção de conhecimentos que possam auxiliar no controle e prevenção desta patologia.

A Região Metropolitana no Vale do Aço está localizada no leste do estado de Minas Gerais, sudeste do Brasil e apresenta área total de 808 km², com população de 431.770 habitantes e PIB R\$ 9.346.029,914¹⁶.

A região metropolitana no Vale do Aço (RMVA), situada na longitude 42oW, latitude 19o S, temperatura média de 25oC e umidade média anual de 78,2% no inverno a 84% no verão; clima tropical sub-quente e sub-seco¹⁷.

O clima da RMVA é caracterizado tropical com diminuição de chuvas no inverno e temperatura média anual de 27,3°C, tendo invernos secos e amenos (raramente frios) e verões chuvosos com temperaturas moderadamente altas. Os meses mais quentes, fevereiro e março, têm temperatura média de 29,7°C e o mês mais frio, julho, de 14,4°C. Outono e primavera são estações de transição.

A RMVA, localizado na bacia do rio Doce, a uma altitude de 220m, apresentando como áreas limítrofes os municípios de Coronel Fabriciano, Timóteo, Santana do Paraíso e Caratinga, Os principais acessos ao município, feito pelas rodovias federais 381 e 262.

O clima da cidade é do tipo tropical sub quente e sub seco, com temperatura média anual de 23°C, com precipitações máximas entre 1000 e 1300 mm no trimestre de novembro, dezembro, janeiro, e 200 mm no trimestre junho, julho, agosto¹⁸.

A região em questão é composta por quatro municípios sendo eles: Ipatinga com área de 166km² e PIB (2008) de R\$6.182.516,210, Timóteo com área de 145km² e PIB (2008) de R\$2.350.882,545, Coronel Fabriciano com área de 221 km² e PIB (2008) de R\$661.950,666, Santana do Paraíso com área de 276 Km², PIB (2008) de R\$150.680,493¹⁹.

De acordo com o IBGE (2010) a população estimada é de 431.770 habitantes, sendo 224.636 residentes em Ipatinga (população urbana 222.517, população rural 2.119), 77.316 em Timóteo (população urbana 77.200, população rural 116), 103.008 em Coronel Fabriciano (população urbana 101.709, população rural 1.299), 26.810 em Santana do Paraíso (população urbana 24.79, população rural 2.019).

O ponto forte da sua economia é a siderurgia, na figura da empresa Aperam South America (antiga ACESITA) e USIMINAS situada em Ipatinga. Outros ramos de destaque são a mecânica, extração mineral, vestuário e madeiras. O município de Timóteo atualmente é conhecido como a capital do inox justamente por ter em seu território a única siderúrgica que produz o aço desse tipo em toda a América Latina e produção de ferro pela USIMINAS.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento da Pesquisa e Coleta de Dados

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa e retrospectivo, cujos dados foram coletados a partir de prontuários e do Questionário validado (Modelo ATS-DLD-78-C) (Anexo I) preenchido por pacientes provenientes do SUS, de convênios ou particulares que são assistidos em uma Clínica Médica. Esta clínica está situada na região metropolitana no Vale do Aço, com um atendimento semanal de 60 pacientes para consultas, testes alérgicos e imunoterapia. O preenchimento deste

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

questionário se deu na primeira consulta do paciente sendo respondido por ele mesmo ou por seu responsável.

O questionário modelo da ATS-DLD-78-C foi validado por Aguiar *et al.* (1988)²⁰ e apresenta 69-100% de confiabilidade (média de 92,7%) em suas questões, sendo portanto um instrumento válido neste tipo de trabalho epidemiológico. Em geral, os questionários são instrumentos muito utilizados em inquéritos epidemiológicos, oferecendo várias vantagens, dentre elas, a possibilidade de serem auto-aplicáveis²¹. Entretanto, uma preocupação que se tem, quando se realiza pesquisa baseada em questionários, diz respeito à habilidade da população estudada para compreender as questões e fornecer respostas adequadas. Facilitando esse processo, o questionário escrito Modelo ATS-DLD- 78-C é composto por questões objetivas, definidas e de fácil compreensão. Ele permite comparações de prevalência de asma e alergias entre diferentes cidades do Brasil²⁰.

Este instrumento investiga os sinais e sintomas da asma, caracterização da residência, tipo de construção, número de cômodos, iluminação, higienização da casa, principalmente no quarto onde se passa maior parte do tempo, existência de janelas para circulação do ar, quintal e animais (cão, gato, aves). Algumas perguntas abordam também se há convívio com fumantes no domicílio, imóvel próximo a local poluído, renda familiar, serviço médico utilizado (SUS, Convênios e particular). Com estes dados é possível conhecer o ambiente local que o alérgico vive, sendo de grande importância no controle da doença, uma vez que, somente a carga genética não pode ser o único fator responsável pela instalação da doença²².

A partir do prontuário da clínica foram levantados também dados relativos aos principais alérgenos associados à rinite alérgica dos pacientes e que foram identificados pelo Prick Test ou Teste de Puntura.

Definição da Amostra

Para a realização do trabalho foram selecionados, entre os 3.840 pacientes atendidos numa clínica de alergia e dermatologia do Vale do Aço no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2010, 486 indivíduos que tiveram o diagnóstico de rinite alérgica, sendo todos moradores do Vale do Aço e com idade entre dois a vinte anos. Desta maneira, a amostra correspondeu a 12,6% dos pacientes atendidos, no entanto, representam 100% daqueles cujas características são pertinentes com os critérios de inclusão descritos. Foram excluídos aqueles pacientes atendidos na clínica entre o período de 2008 e 2010 que não tinham diagnóstico de rinite alérgica, ou que não eram moradores da área em questão ou que não tinham a idade considerada.

Análise dos Resultados

Para a análise dos resultados a amostra foi dividida em dois grupos o rural e o urbano. Foram realizados testes de média para dados paramétricos. Foram feitos testes de associação entre os parâmetros clínicos e as condições relativas ao ambiente e estilo de vida.

Considerações Éticas

Por se tratar de um trabalho em que se usou de dados secundários, não foi necessário o preenchimento do termo de consentimento livre esclarecido. No entanto, os autores se comprometem em manter sigilo sobre a identidade dos indivíduos pesquisados a partir da assinatura do termo de responsabilidade.

O trabalho foi submetido à comissão de ética na pesquisa com seres humanos do Centro Universitário de Caratinga.

3. RESULTADOS

O presente estudo avaliou 486 pacientes diagnosticados como portadores de rinite alérgica, entre os 3.840 pacientes atendidos em uma Clínica Médica no Vale do Aço, MG, no período entre janeiro de 2008 e janeiro de 2010; o que corresponde a uma taxa de detecção para a doença de 12,7%. Destes pacientes, 90% eram provenientes da área urbana e 10% eram moradores da zona rural. Da população que vive na área urbana observou-se que grande parte reside em Coronel Fabriciano (48%), menor percentual de Santana do Paraíso (2%), 24% são de Ipatinga e 26% são moradores de Timóteo.

Ao caracterizar a amostra segundo o gênero, observou-se que os homens apresentam percentuais mais elevados (57%) do que o encontrado para as mulheres (43%), tanto na zona rural como na urbana, conforme o observado na Figura 1.

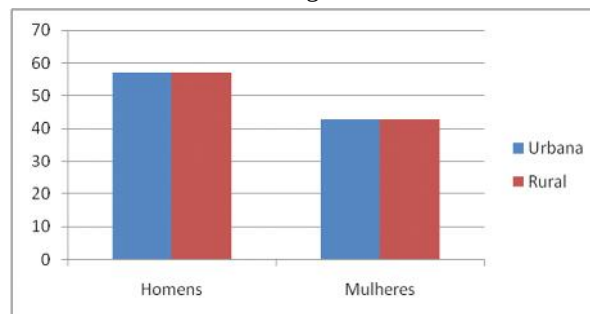


Figura 1. Gráfico do percentual de homens e mulheres que compõem os indivíduos portadores de rinite alérgica atendidos em uma clínica médica no Vale do Aço (MG), no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2010 e separados conforme procederem da área rural (49), urbana (437).

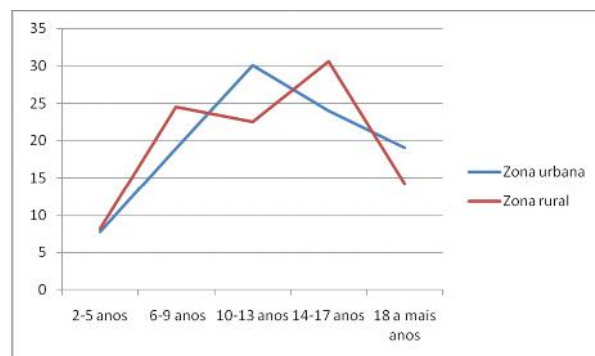


Figura 2. Gráfico do percentual de indivíduos (n=486) classificados conforme a origem e a faixa etária, diagnosticados como portadores de rinite alérgica e atendidos em uma clínica médica no Vale do Aço (MG) nos períodos de janeiro de 2008 a janeiro 2010.

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

Pela análise da figura 2 observou-se que a maioria dos pacientes, seja da zona rural (30,6%) ou da zona urbana (30,1%), apresentam faixas etárias que os caracterizam como adolescentes. No entanto, na zona rural (24,5%) é possível ver frequência maior de pacientes com idades entre 6 e 9 anos, em relação aos 19% observados na zona urbana. Para a faixa etária de 2 e 5 anos, o percentual na zona rural (8,2%) se assemelha ao do meio urbano (7,8%). Observam-se também, que apesar de haver diminuição na ocorrência de rinite a partir dos 18 anos em ambas as zonas consideradas, há percentuais mais elevados na zona urbana (19,1%) quando comparado ao percentual de 14,2% observado no meio rural.

Na avaliação estatística da associação entre a faixa etária e a origem urbana ou rural do paciente, utilizaram-se somente três classes para a faixa etária, e obtiveram-se resultados significativos (tabela 1), que demonstram que os maiores percentuais foram para a classe caracterizada entre 10 e 17 anos, tanto na zona urbana (54%) quanto na rural (53%). No entanto, os percentuais para idades entre 2 e 9 anos são significativamente maiores na zona rural (33%) quando comparado com o achado na zona urbana (27%) e diferenças também foram registradas para a idade igual ou acima de 18 anos, com percentuais maiores para a área urbana (19%) contra os 14% observados na zona rural, embora em ambos os grupos tenha ocorrido diminuição de doentes com rinite nesta faixa etária.

Tabela 1. Frequência do percentual conforme a faixa etária de pacientes com rinite considerando a origem urbana e rural (n=486)

Classes *	2—9 anos	10—17 anos	18—anos a mais
Urbano	27%	54%	19%
Rural	33%	53%	14%

* Qui Quadrado calculado de 19,22 é significativo para a associação entre as variáveis estudadas.

Na associação da idade dos portadores de rinite e o gênero obteve-se também diferenças significativas como o registrado na tabela 2.

Tabela 2. Associação do percentual da frequência da faixa etária de pacientes com rinite e o gênero (n=486)

Classes *	2—9 anos	10—17 anos	18—anos a mais
Homens	28	55	17
Mulheres	26	53	21

A análise da tabela 2 sugere que frequência de rinite em homens e mulheres ocorre de forma significativamente diferente conforme a faixa etária, apesar de em ambos os gêneros, a idade de maior ocorrência corresponder à faixa entre 10 e 17 anos. Desta maneira, há tendência de diminuir o número de acometidos a partir dos 18 anos, principalmente entre os homens, além disso, há um percentual um pouco mais elevado de homens portadores de rinite na faixa etária entre 2 e 9 anos, em relação ao grupo de mulheres.

Foram também considerados os dados relativos à renda média familiar e concluiu-se que tanto na área urbana como na rural os maiores percentuais foram observados para aqueles que ganham entre 4 e 5 salários

conforme o registrado na figura 3, seguidos daqueles que ganham entre 5 e 6 salários. Percebe-se também que salários maiores que seis só ocorrem na área urbana, enquanto ter renda igual a 2 e 3 salários só foi encontrada entre os pacientes provenientes da zona rural.

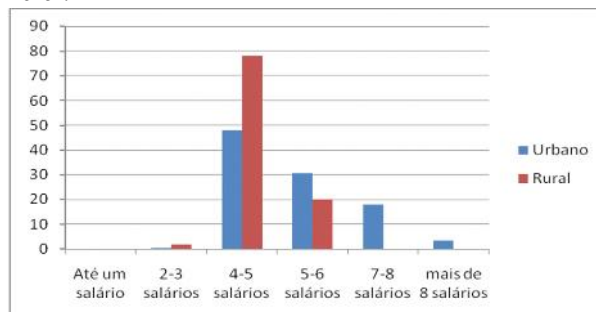


Figura 3. Gráfico do percentual da média da renda familiar em pacientes portadores de rinite alérgica provenientes da zona urbana (n= 437) ou rural (n=49), atendidos em uma clínica médica no Vale do Aço (MG).

A renda familiar associa-se significativamente com a procedência do paciente (tabela 3), sendo que entre os pacientes da zona urbana 52% deles vivem com seis a mais salários enquanto que na zona rural 80% dos pacientes vivem com uma renda entre 1 e 5 salários.

Tabela 3. Frequência do percentual para a classe segundo o salário dos pacientes portadores de rinite considerando a região de origem urbana ou rural.

Classes *	1—5 Salários	6—salários	qui-quadrado**
Urbano	48	52	72,0
Rural	80	20	50,2

* Qui Quadrado calculado de 22,22 é significativo para a associação entre as variáveis estudadas.

** Valor de Qui Quadrado significativo indicando que a frequência de idade na classe diferiu em relação a origem urbana e rural.

Na figura 4 está representando os tipos de serviço de saúde que os pacientes portadores de rinite alérgica atendidos em uma clínica médica no Vale do Aço utilizam.

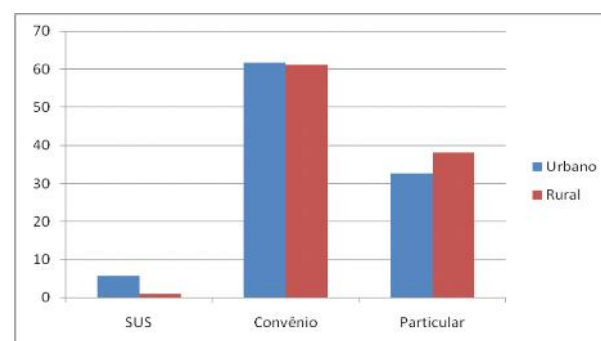


Figura 4. Gráfico das médias dos percentuais para o tipo de serviço utilizado para os portadores de rinite alérgica atendidos em uma clínica médica no Vale do Aço (n= 486) no período de janeiro 2008 a janeiro 2010.

A maioria dos 486 pacientes portadores de rinite aqui avaliados é atendida principalmente através de convênio, seguido de particular independente de sua origem. No teste estatístico do χ^2 (2,34) para associação

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

entre o tipo de serviço médico e a origem do paciente não se encontrou significância.

Ao analisar o perfil clínico dos pacientes amostrados, consideraram-se as possíveis doenças associadas e os resultados estão apontados na figura 5. A maior parte das fichas consultadas não apresentou informação sobre esta questão, tanto para a amostra da área urbana (67,1%) como na rural (51%). Analisando os dados informados constatou-se que a asma apresenta percentuais maiores e semelhantes tanto na zona rural (54%) como na urbana (55%), seguida de bronquite (zona urbana= 22% e zona rural= 29%) e pneumonia (zona urbana= 23% e zona rural= 17%).

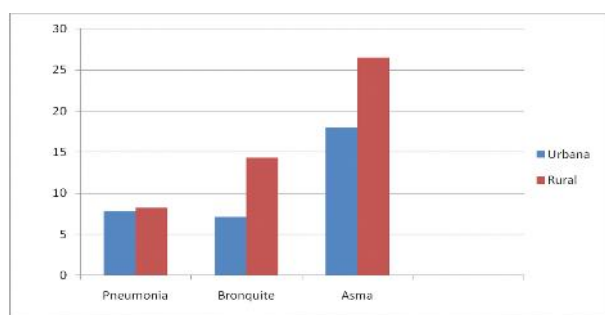


Figura 5. Gráfico das médias dos percentuais para os tipos de doenças associadas em portadores de rinite alérgica atendidos em uma clínica médica no Vale do Aço (n= 486) no período de janeiro 2008 a janeiro 2010.

Na avaliação das possíveis associações entre as comorbidades com a origem do paciente encontraram-se resultados significativamente diferentes e estes se encontram registrados nas tabelas a seguir.

Tabela 4. Frequência do percentual de doenças associadas em pacientes portadores de rinite considerando sua origem urbana ou rural

Classes*	Urbana	Rural
Pneumonia	23	17
Bronquite	22	29
Asma	55	54

* Qui Quadrado calculado de 8,64 é significativo para a associação entre as variáveis estudadas.

Desta forma, em relação às comorbidades em pacientes com rinite e a origem rural ou urbana, observa-se que asma apresenta os percentuais semelhantes e mais elevados nas duas amostras, a presença de bronquite é o segundo percentual mais elevado no meio rural enquanto que no urbano, a pneumonia é que ocupa esta posição (tabela 4). Ainda considerando os dados da tabela 4, se a bronquite e a asma fossem consideradas como uma só comorbidade registra-se percentual maior de asma entre os indivíduos do meio rural que apresentariam percentual de 83% enquanto no meio urbano este registro seria de 77%.

Também em relação ao perfil clínico, todos os 486 pacientes que compunham a amostra responderam que são portadores de rinite alérgica e que apresentam sintomas de comprometimento nasal, tanto aqueles provenientes da área urbana quanto da rural.

Em 84% dos pacientes da área urbana e 85,6% daqueles oriundos da área rural responderam

afirmativamente sobre a possível herança genética para a rinite (Figura 6).

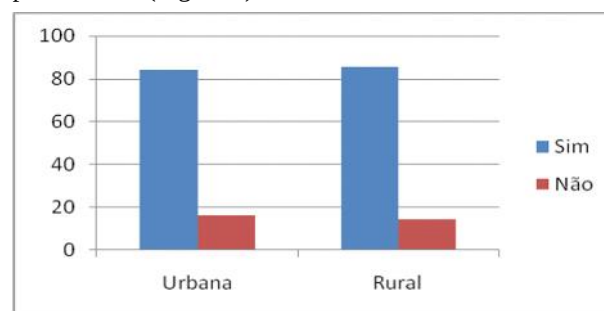


Figura 6. Gráfico do percentual de respostas relativas à possível causa genética na determinação da rinite alérgica conforme a resposta dos 486 pacientes atendidos em uma Clínica Médica no Vale do Aço no período de janeiro 2008 a janeiro 2010.

Quando perguntados sobre qual parente deve ter contribuído para esta herança, encontraram-se os resultados registrados na figura 7. Na zona rural e na zona urbana, percentuais maiores foram encontrados para as opções pai (zona rural= 42,9% e zona urbana= 35,2%) e mãe (zona rural= 34,7% e zona urbana= 25,6%).

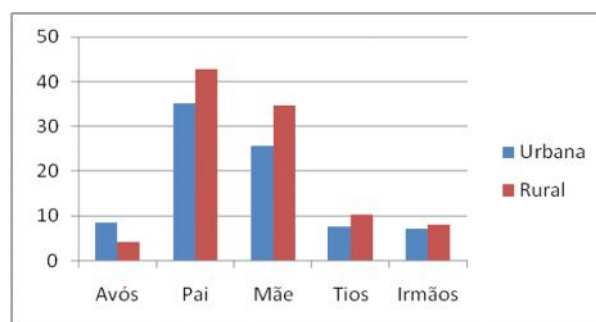


Figura 7. Gráfico do percentual de respostas relativas à possível relação de parentesco envolvida na herança genética da rinite alérgica conforme a opinião dos 486 pacientes atendidos em uma clínica médica no Vale do Aço no período de janeiro 2008 a janeiro 2010.

Outra pergunta feita aos pacientes envolvidos neste trabalho foi relativa a imunoterapia e os resultados encontrados para o percentual de respostas e da possível associação entre o uso desta forma de tratamento e a origem do paciente estão registrados na tabela 5.

Tabela 5. Frequência de classe segundo ter ou não ter se submetido à imunoterapia considerando a região de origem urbana ou rural dos pacientes portadores de rinite

Classes *	Sim	Não	qui-quadrado**
Urbano	23	77	21,6
Rural	10	90	84,5

* Qui Quadrado calculado de 6,13 é significativo para a associação entre as variáveis estudadas.

** Valor de Qui Quadrado significativo indicando que a frequência para percentual de tomar ou não vacina entre os portadores de rinite diferem em relação a origem urbana ou rural.

Tanto na zona rural como na zona urbana registraram-se diferenças significativas, que mostram percentuais mais elevados para a resposta negativa para a imunoterapia entre os pacientes da zona rural (90%) do que o observado na zona urbana (77%).

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

Outra informação considerada para traçar o perfil clínico foi a pergunta relativa à idade de ocorrência dos primeiros sintomas de rinite alérgica. Ao se proceder a análise estatística, encontrou-se resultados significativos para a associação deste parâmetro e a origem do paciente (tabela 6).

Tabela 6. Frequência de percentual classe segundo a idade do primeiro evento considerando a região de origem urbana ou rural dos pacientes portadores de rinite.

Classes*	2-5	6-13	qui-quadrado**
Urbano	29	71	85,8
Rural	86	14	80,7

* Qui Quadrado calculado de 66,48 é significativo para a associação entre as variáveis estudadas. ** Valor de Qui Quadrado significativo indicando que a frequência para percentual da idade de ocorrência do primeiro evento de rinite entre os pacientes diferem em relação a origem urbana ou rural.

A idade em que ocorreu a primeira manifestação de rinite alérgica foi apontada na zona urbana (71%) como tendo ocorrido na faixa etária acima dos seis anos, enquanto que na zona rural (86%) foi observada em idades compreendidas entre 2 e 5 anos. Registrou-se também que, somente na zona urbana, foram obtidas respostas para ocorrência dos primeiros eventos de rinite alérgica em pacientes com idade entre 13 e 20 anos (dados não mostrados).

Outro dado com associação significativa foi obtido para análise entre a época do ano que mais ocorrem às crises e a origem do doente. Assim, nos meses de maio a setembro a maioria dos pacientes atendidos na clínica são provenientes da zona rural (80%), apesar do grande percentual de pacientes da zona urbana (67%). No período de outubro a abril, a maior frequência de pacientes é do meio urbano (33%) com apenas 20% daqueles provenientes do meio rural (tabela 7).

Tabela 7. Frequência do percentual da época do ano que mais ocorrem crises de rinite em pacientes da área urbana e rural

Classes*	Maio a setembro	Outubro a abril	qui-quadrado**
Urbano	67,0	33,0	61,0
Rural	80,0	20,0	85,0

* Qui Quadrado calculado de 4,30 é significativo para a associação entre as variáveis estudadas.

** Valor de Qui Quadrado significativo indicando que a frequência da ocorrência de rinite nas áreas urbana e rural, diferem em relação ao período do ano.

Os resultados obtidos para a frequência de positividade no teste cutâneo para aeroalérgenos específicos entre os 486 indivíduos que compõem a amostra, aponta resposta positiva para principalmente para *Dermatophagóides pteronyssinus* (54,4%), seguido de *Blomia tropicalis* (23,6%) e *Dermatophagóides farinae* (15%). Ocorreram também outros tipos de respostas ao teste cutâneo como 3,7% foram negativos e 3,3% deles não reagiram à histamina.

Ao considerar que a prevalência da rinite alérgica sofre também a influência de fatores ambientais, procedeu-se a análise estatística para as possíveis associações entre estes fatores e a origem urbana ou rural do paciente. Os resultados desta análise foram demonstrados na tabela.

Tabela 8. Frequência do percentual de parâmetros considerados na

Frequência do hábito de passar pano úmido			
Todos os dias	82	24	67,52*
Três vezes na semana	18	76	
Produtos utilizados na limpeza das casas			
Sabão em barra	24	52	47,61*
Sabão em pó	57	33	
Desinfetante	19	15	
Sim	21	23	0,12
Não	79	77	
Dormir no mesmo quarto que o fumante			
Sim	2	8	8,83*
Não	18	14	
Não informado	79	76	
Tipo material de construção da residência			
Madeira	4,0	12	4,35*
Tijolo	96	88	
Iluminação			
Sim	74	99	26,76*
Não	26	1	
Número de cômodos na casa			
3-7	68	82	5,23*
8-13	32	18	
Número de cômodos na casa			
3-7	68	82	5,23*
8-13	32	18	
Número de janelas na casa			
3-7	64	82	8,22*
8-13	36	18	
Abrir ou não janelas			
Sim	99	27	111,20*
Não	1	73	
Grupos de Comparação	Estatística		
	Urbana	Rural	Qui Quadrado
Ter infiltração na casa			
Sim	43	51	1,28
Não	57	49	
Frequência de varrição das casas			
Todos os dias	98	24	71,98*
Três vezes na semana	2	76	
Ter ou não cortinas			
Sim	39	33	0,78
Não	61	67	
Tipo de colchão			
Mola	19	1	18,0*
Espuma	81	99	
Tipo de travesseiro			
Espuma	83	99	15,63*
Outros	17	1	
Grupos de Comparação	Estatística		
	Urbana	Rural	Qui Quadrado
Animal dentro de casa			
Sim	13	1	139,10*
Não	14	98	
Não informado	73	1	
Tipos de animais domésticos			
Cão	65	100	19,19*
Gato	17	100	
Ave e outros	18	100	
Ter ou não animal doméstico			
Sim	27	99	114,96*
Não	73	1	

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

* Associação significativa entre as variáveis estudadas.

Dos 18 parâmetros utilizados para caracterizar o perfil ambiental da população amostrada, 14 deles apresentaram relação significativa com a origem urbana ou rural do paciente portador de rinite. Entre estes parâmetros pode-se citar a ocorrência de fumantes dormindo no mesmo quarto que o doente, com percentuais mais elevados entre aqueles que vivem na zona rural (8%) quando comparado com os 2% da zona urbana.

Outro fator com associação significativa foi relativo ao tipo de material de construção. Para este item, observou-se que, apesar da maioria das casas tanto na área rural (88%) como na urbana (96%), terem sido construídas com tijolo, percentual maior de casas de madeira estão presentes na área rural (12%) quando comparado com a frequência da área urbana (4%). Além disso, em relação ao número de cômodos, a maioria das casas em ambas as regiões tem entre 3 e 7 cômodos (área rural: 82% e área urbana: 68%), no entanto, casas maiores com 8 a mais cômodos predominam na área urbana (32%) em comparação com o percentual de 18% observado no meio rural.

Em relação ao fator iluminação das casas, as casas do meio rural (99%) são mais bem iluminadas do que na área urbana (74%). Além disso, número menor de janelas nas casas, entre 3 e 7 janelas, predominam no meio rural (82%), enquanto que na zona urbana encontra-se 36% das casas com mais de 8 janelas, o que é significativamente maior que os 18% encontrados para este tipo de resposta na área rural.

Das janelas existentes nas casas, registrou-se também que 99% dos moradores das cidades têm o hábito de abri-las todos os dias, enquanto que somente 27% dos habitantes do meio rural têm este hábito.

Outro fator ambiental que apresentou significância conforme a origem do paciente relacionou-se com a frequência de varrição das casas. Para esta questão foi possível observar que 98% da população urbana varrem as casas todos os dias enquanto no meio rural a maior frequência (76%) foi para a opção varrer a casa três vezes por semana. Esta diferença também é observada quando se examinou o percentual de respostas para a pergunta “com qual frequência passam pano úmido na casa”, com 82% do meio urbano optando por passar pano úmido todos os dias e no meio rural, 78% dos indivíduos passam pano úmido nas casas três vezes por semana. Os produtos usados para a limpeza da casa também apresenta diferença significativa, com o uso do sabão em pó predominando no meio urbano (57%) enquanto no meio rural o sabão em barra é o mais usado (52%).

Quando se levantou informações sobre o tipo de colchão utilizado, encontrou-se que a maioria dos

pacientes, independente de sua origem, dorme em colchões de espuma, no entanto, percentual maior de moradores da área urbana (19%) tem colchão de mola contra o 1% observado no meio rural. Em relação ao tipo de travesseiro, encontrou-se maior percentual para o tipo feito de espuma tanto no meio rural (99%) quanto no urbano (83%), no entanto, 17% dos moradores urbanos têm travesseiros de outro material enquanto somente 1% dos habitantes da área rural marcou esta mesma opção de resposta.

Quando perguntados sobre ter ou não animais domésticos, observou-se que entre os moradores da área rural 99% deles responderam afirmativamente contra os 27% registrados para aqueles que vivem no meio urbano. Estes animais vivem principalmente fora das casas no meio rural (99%) e daqueles que vivem na área urbana, 14% disseram também que os animais vivem fora de casa, 13% deles afirmaram ter animais dentro de casa e o restante dos pacientes provenientes da área urbana não responderam a esta pergunta quando indagados. Dos animais que vivem com os pacientes envolvidos nesta pesquisa foi identificado que na zona rural todos eles têm cães, gatos, aves e outros animais em suas casas, já na área urbana 65% têm cães, 17% gatos e 18% aves e outros.

Em relação a outro dado, que não constam da tabela 8, mas que também se refere ao perfil ambiental trata-se da presença e tipo de quintal. Desta maneira, 100% dos indivíduos do meio rural vivem em moradias com quintal de terra, já entre aqueles do meio urbano que têm quintais (83,5%), foram observadas as presenças de quintais de terra (37,5%), de brita (28,4%) ou de gramado (17,6%).

Outro fator considerado para se identificar o perfil ambiental do paciente portadores de rinite alérgica considerou o tipo de vizinhança existente no entorno de suas moradias. Os resultados estão registrados na Figura 8.

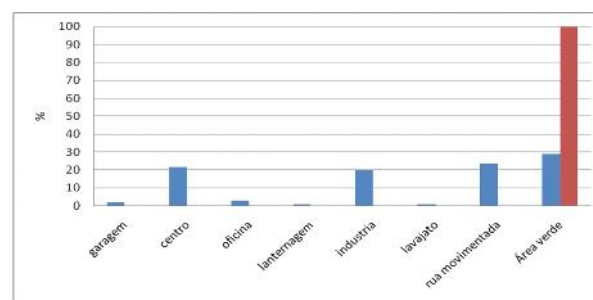


Figura 8: Gráfico da descrição da área vizinha à residência do paciente portador de rinite alérgica atendido em uma clínica médica no Vale do Aço, MG, separados conforme região de origem.

Pela análise da figura 8 é possível afirmar que 100% dos moradores da área rural vivem próximos a áreas verdes, enquanto que somente 29% dos pacientes da área urbana teve esta opção como resposta. Diferentes tipos de vizinhança foram citados pelos moradores da zona urbana, além da área verde predominante, como a ocorrência de rua movimentada (24%), centro (22%) e indústria (20%).

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

4. DISCUSSÃO

Ao traçar o perfil clínico, sócio demográfico e ambiental em uma amostra de indivíduos portadores de rinite alérgica atendidos em uma Clínica Médica no Vale do Aço, encontrou-se associações significativas entre estes parâmetros e a origem rural ou urbana dos pacientes, constituindo assim conhecimentos relevantes para o controle da doença.

A predominância de indivíduos do sexo masculino com rinite na amostra aqui analisada difere dos achados de outros autores que afirmam haver predominância de meninas com esta doença^{23,24,25,26,27}. Entretanto, estes autores trabalharam com crianças com faixa etária entre 12 a 14 anos, todos adolescentes, o que difere de nossa amostra, onde foram incluídos indivíduos com idade entre 2 e 20 anos, o que pode ter contribuído para as diferenças encontradas.

Outros autores como Lemos *et al.* (2007)²⁸, em estudo que verificou as alterações de respiração, mastigação e deglutição em pacientes com rinite alérgica e as relacionou com a intensidade dos sintomas em 85 pacientes com faixa etária entre 4 e 60 anos de idade, observou percentual maior de indivíduos do sexo masculino em sua amostra, o que confirma os resultados aqui encontrados.

Também Lasmar *et al.* (2007)²⁹, em estudo transversal com 126 crianças e adolescentes encontraram predomínio de meninos entre aqueles que apresentavam maior prevalência de rinite alérgica, o que é também coerente com os nossos achados.

Em relação a ocorrência maior de comorbidades associadas à rinite alérgica no meio rural, principalmente em indivíduos mais jovens, parece ser diferente com outros achados relacionados a doenças respiratórias atópicas como o desenvolvido por Wehrmeister & Peres (2010)³⁰. Estes autores avaliaram as desigualdades na prevalência de asma em crianças das regiões nordeste e sul do Brasil e justificaram a maior prevalência de diagnóstico para asma/bronquite nas áreas urbanas das duas regiões, devido a fatores comuns nas zonas urbanas como exposição ao tabaco, poluição, prematuridade, casas de baixo padrão e maus hábitos alimentares.

Muitos dos trabalhos que registram níveis menores de doenças alérgicas em indivíduos do meio rural fundamentam-se, algumas vezes, na hipótese da Higiene para justificar seus resultados³¹. Segundo esta hipótese, há um desvio do padrão de resposta imunológica nas crianças, que vivem em ambientes limpos, que possuem um bom esquema de vacinação, que têm uma boa alimentação e estão protegidas dos microrganismos e das doenças infecciosas, que se tornam mais susceptíveis ao aumento das alergias³².

No entanto, é preciso considerar outros trabalhos cujos resultados são também incoerentes com a hipótese de higiene como os desenvolvidos por Matricardi *et al.* (2000)³³; Sherriff & Golding (2002)³⁴ e Strachan (2000)³⁵ que afirmam que a referida hipótese não

consegue explicar a elevação da asma em algumas populações pobres mais expostas às infecções, principalmente em idade precoce na vida.

Corroborando com a maior prevalência de asma em populações do meio rural pode-se considerar os achados de alguns autores como Hong *et al.* (2004)³⁶, que em estudo com 15.381 escolares com idade de 12 a 15 anos na Coreia, no período de 1995 a 2000, observaram prevalência maior de asma nas crianças de áreas rurais e que fatores de risco como convívio com cães e gatos, o índice de massa corpórea e ser fumante passivo estavam muito mais relacionados com a prevalência da doença do que a poluição do ar. Também Pineda (2009)³⁷ ao comparar a prevalência da asma entre adultos jovens provenientes de zona rural e urbana, também observaram maior prevalência no meio rural e afirmam que o hábito de fumar representou o maior fator de risco.

Apesar de se conseguir explicar o resultado relativo à maior ocorrência de asma/bronquite nos pacientes do meio rural, outras alternativas devem ser consideradas, como por exemplo, a possibilidade de viés na pesquisa por haver um grande percentual de pacientes que não responderam a esta pergunta. Pode-se também considerar outros fatos, como o maior poder aquisitivo dos pacientes do meio urbano, que permitiria maior acesso aos serviços médicos e ao tratamento, inclusive imunoterapia, como descrito nos resultados deste estudo. Tal vantagem determinaria menor manifestação de doenças alérgicas associadas à rinite alérgica, como asma e bronquite.

A presença de crianças mais novas entre os portadores de rinite no meio rural é confirmada e apontada também ao se observar a ocorrência do primeiro evento da doença, quando se observou que são as crianças do meio rural com idades entre 2 e 5 anos aquelas que apresentam os maiores percentuais para a ocorrência dos primeiros sintomas, enquanto no meio urbano, tal fato ocorre principalmente após os seis anos de idade. Alguns fatores ambientais poderiam se relacionar a estes achados, entre eles tem-se a presença de gato, que existe em 100% das casas do meio rural. Esta correlação entre gato e prevalência de asma em crianças com idade entre 2 e 5 anos de idade tem sido defendido por autores como Almqvist *et al.* (2003)³⁸; Montealegre *et al.* (2004)³⁹; Wang, (2005)⁴⁰. Além disso, observou-se também nas crianças com idade entre 2 e 9 anos do meio rural, o maior percentual para a presença de fumantes dentro do quarto e, sabe-se que crianças entre 0 e 2 anos de idade, quando transformadas em fumantes passivos, são mais propensas a apresentarem doenças respiratórias alérgicas na idade escolar⁴¹.

A proporção maior de pacientes com mais de 18 anos no meio urbano quando comparado ao rural, indicam a persistência da doença, que em jovens adultos está relacionada a presença de ácaros dentro das casas e a poluição atmosférica, pois a grande maioria deles relatou morar em ruas movimentadas, ou centro da

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

cidade onde o trânsito também é mais intenso e até mesmo próximo a indústrias.

A associação entre poluição atmosférica de doenças respiratórias atópicas foi discutida por Riedl & Diaz-Sanchez (2005)⁴² que dizem que os efeitos da poluição atmosférica varia conforme o tipo de poluente, agindo muitas vezes no aumento da prevalência de doenças respiratórias alérgicas ou promovendo o agravamento da doença. Tal associação pode também explicar a maior ocorrência de pneumonia entre os moradores da zona urbana da RMVA.

Vários autores afirmam haver um comportamento diferenciado na ocorrência de rinite atópica entre os gêneros ao se considerar a faixa etária. Afirmam que nos meninos os sintomas da doença se manifestam entre os 2 e 5 anos de idade, havendo uma diminuição a partir da adolescência. Já entre as meninas, a maior incidência de rinite ocorre durante a puberdade e parece estar relacionada à produção maior de hormônios e ao uso de cosméticos e que na vida adulta, elas também apresentam percentuais mais elevados para a doença do que os homens^{26,27,43}. Os resultados aqui descritos são coerentes com esta associação.

A ocorrência maior de asma/bronquite entre os portadores de rinite alérgica do meio rural pode ser também compreendida por outros fatores ambientais como o fato de viverem em casas com menos cômodos, em média, algumas vezes com menos janelas e convivendo com número maior de pessoas. Além disso, se expõem a riscos maiores por terem o hábito de abrir menos as janelas, varrer menos as casas e lavar com menos frequência as cortinas existentes nos quartos. Estes fatores são considerados como risco para o desenvolvimento de sintomas respiratórios alérgicos^{29,40}; pois favorecem a presença de alérgenos, como os ácaros da poeira, que são considerados o principal alérgeno de dentro de casa causadores de rinite alérgica. A presença destes ácaros nos domicílios no meio rural e urbano pode ser confirmada a partir dos resultados já descritos para o Teste cutâneo.

Outro achado relevante apresentado foi a associação entre a ocorrência da rinite e a sazonalidade, a frequência maior da doença no período de maio a setembro, corresponde a um período de temperaturas e umidade mais baixas, o que favorece o desenvolvimento de rinites. Tal fato pode ser confirmado por Solé *et al.* (2006c)³¹ que afirmam que a rinite nos estados do Sul e Sudeste do Brasil ocorrem principalmente nos dias mais frios. No entanto, o percentual maior de indivíduos com crise de rinite na área urbana, ao se considerar os meses de outubro a abril e que marcam o período de chuva, pode estar ligado também a fatores como o ficar mais tempo dentro de casa, onde se convive com alérgenos como os ácaros, cujo crescimento é favorecido por temperaturas e umidades mais elevadas.

A ausência de quintais em algumas casas do meio urbano pode também favorecer a manifestação de doenças respiratórias de natureza alérgica, pois favorecem o sedentarismo, que também pode estimular a ocorrência dessas doenças. Tal achado é coerente com

Carvalho *et al.* (2003)⁴⁴ que trabalhou com escolares de uma área urbana e rural e concluiu que a prevalência de asma e de seus sintomas em crianças do meio urbano poderia estar associadas ao sedentarismo estimulado pela falta de quintais, contribuindo para que as crianças se mantivessem mais tempo dentro de casa.

Esta relação positiva entre sedentarismo e asma pode ser confirmada por estudo que afirma que pacientes com distúrbios respiratórios não realizam atividades físicas com frequência para que desta forma seja evitada a dispnéia⁴⁵.

Uma característica dos pacientes da Clínica em questão e que chama atenção é o uso de colchões e travesseiros de espuma principalmente. Este fator é considerado como capaz de estimular o desenvolvimento da rinite, pois gera um ambiente adequado para o desenvolvimento dos ácaros que se alimentam de restos celulares do tecido epitelial que sofreu descamação⁴⁶.

5. CONCLUSÃO

O presente trabalho confirma que a padronização de questionários é importante e eficiente no estudo de doenças respiratórias incluindo a rinite alérgica. Através da análise dos dados obtidos por este instrumento de pesquisa, pode-se concluir que, o fenótipo possivelmente se deve a associação de fatores como predisposição genética, social, ambiental, estilo de vida e moradia. Acreditamos que os resultados aqui discutidos representem importante contribuição para a compreensão da prevalência de rinite alérgica nas áreas trabalhadas. No entanto, se faz necessário a capacitação para realização e padronização de diagnóstico e tratamento, além da educação dos pacientes, de seus familiares e equipes de saúde qualificada o que possibilitará aos pacientes com rinite alérgica uma assistência adequada, redução da morbidade e com isso, aumento da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes, pelo ato de altruísmo sem o qual este trabalho não poderia ser realizado.

REFERÊNCIAS

- [1] Gallego LP. Tipos de tempo e poluição atmosférica no Rio de Janeiro (um ensaio em climatologia urbana). Tese de doutorado. São Paulo: Departamento de Geografia da USP, 104, p. 1972.
- [2] Bakonyi SMC, Oliveira IMD, Martins LC, Braga AL. Poluição atmosférica e doenças respiratórias em crianças na cidade de Curitiba, PR. Rev. Saúde Pública, v.38, n.5, p. 695-700, 2004.
- [3] Soares FAAS, Segundo GRS, Alves R, Ynoue LH, Resende RO, Sopelete MC, Silva DAO, Sung SJ, Taketomi EA. Perfil de sensibilização a alérgenos domiciliares em pacientes ambulatoriais. Rev. Assoc. Med. Bras., 2007, 53(1): 25-8.
- [4] Melo RMB, Lima LS, Sarinho ESC. Associação entre controle ambiental domiciliar e exacerbação da asma em

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

- crianças e adolescentes do município de Camaragibe, Pernambuco. *J. Bras. Pneumol.*, Jan/Fev de 2005, 31(1): 5-12.
- [5] ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Steering Committee. *Lancet*. 351(9111):1225-32, 2009
- [6] Coelho AP. Aspectos da poluição do ar e o meio ambiente brasileiro. SUPREN – Superintendência de Recursos Naturais e Meio Ambiente. Recursos naturais, meio ambiente e poluição. Rio de Janeiro: F. IBGE, 1997: 114-124.
- [7] Bagatin E, Costa EA. Doenças das vias aéreas superiores. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Feb. 2011.
- [8] Rodrigues C, Santis M, Arrobas AM. Rinite alérgica e doenças associadas. *Rev Port Pneumol*. 2009, 15(5): 891-898.
- [9] Camargos PAM, Rodrigues MESM, Solé D, Scheinmann P. Asma e rinite alérgica como expressão de uma única doença: um paradigma em construção. *J. Pediatr*. 2002, 78 (1.2):123-128.
- [10] Campanha SMA, Freire LMS, Fontes MJF. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Rev. CEFAC*, 2008, 10 (4): 513-519.
- [11] Telleschi ALG, San'ana CC, Aires VLT. Prevalência de sintomas respiratórios e condições clínicas associadas à asma em escolares de 6 a 14 anos no Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras.*; 2002, 48 (1): 54-9.
- [12] Solé D, Prado E, Mello Jr., JF. de. Rinite alérgica: conhecendo melhor. São Paulo: Conexão Editorial, 2006b.
- [13] Ibiapina CC, Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho, E.S.C; Camargos PAM, Andrade CR, Cruz Filho AAS. Rinite alérgica: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. *J Bras de Pneumol*, 2008, 34: 230-240.
- [14] ISAAC. International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Manual. Auckland/ Münster: International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), 1994.
- [15] Solé D, Mello Júnior JF, Weckx LLM, Rosário Filho NA. II Consenso Brasileiro sobre Rinites 2006. *Rev. Bras. Alerg. Imupatol.*, 2006, 29 (1): 29-58.
- [16] IBGE. Censo populacional. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 de Jan. de 2011.
- [17] Brasil, Instituto Nacional de Meteorologia, 2009. Disponível em: <<http://www.inmet.gov.br>>. Acesso em 10/11/2009.
- [18] Wolff G, Gonçalves JAC, Pereira GC, Martins-Júnior D. Caracterização hidrogeológica e aspectos qualitativos das águas subterrâneas da área do aterro sanitário do Vale do Aço, MG. *Engenharia Ambiental*, 2009, 6 (3): 003-014.
- [19] IBGE. Divisão territorial do Brasil e limites territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Julho 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 de Jan. de 2011.
- [20] Aguiar VAN, Beppu OS, Romaldini H, Ratto OR, Nakatani J. Validade de um questionário respiratório modificado (ATS – DLD – 78) como instrumento de um estudo epidemiológico em nosso meio. *J Pneumol* 1988; 14: 111 – 6.
- [21] Solé D, Nasipitz CK. Epidemiologia da asma: estudo ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). *Rev. bras. alerg. imunopatol*. 1998; 21: 38-45.
- [22] Pinto LA, Stein RT, Kabesch M. Impact of genetics in childhood asthma. *J. Pediatr.*, 2008; 84(4): 568-575.
- [23] Luna MFG, Almeida PC, Silva MGC. Prevalência de sintomas de rinite em adolescentes de 13 e 14 anos avaliada pelo método ISAAC, na cidade de Fortaleza. *Rev. bras. alerg. imunopatol*. 2009; 32(3):106-111.
- [24] Borges WG, Burns DAR, Felizola MLBM, Oliveira B A, Hamu CS, Freitas VC. Prevalência de rinite alérgica em adolescentes do Distrito Federal: comparação entre as fases I e III do ISAAC. *J. Pediatr* (Rio J) 2006; 82: 137- 43.
- [25] Cavalcante AGM. Prevalência e morbidade da asma em escolares de 12 a 14 anos no município de Fortaleza. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Ceará; 1998.
- [26] Philpott CM, Wild DC, Wolstenholme CR, Murty G. E. The presence of ovarian hormone receptors in the nasal mucosa and their relationship to nasal symptoms. *Rhinology*, 2008, 46:221-5.
- [27] Osman M, Hansell AL, Simpson CR, Hollowell J, Helms PJ. Gender-specific presentations for asthma, allergic rhinitis and eczema in primary care. *Prim Care Respir J*, 2007, 16: 28.
- [28] Lemos CM, Wilhelmsen NSW, Mion O, Júnior JFM. Alterações Funcionais do Sistema Estomatognático em Pacientes com Rinite Alérgica. *Arq. Int. Otorrinolaringol. Intl. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo, 2007, 11(4): 380-386.
- [29] Lasmar LMLF, Camargo PAM, Ordones AB, Gaspar GR, Campos EG, Ribeiro GA. Prevalence of allergic rhinitis and its impact on the use of emergency care services in a group of children and adolescents with moderate to severe persistent asthma. *J de Pediat*, 2007, 83 (6): 555-561.
- [30] Wehrmeister, F. C.; Peres, K. G. A. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 2003. *Cad. Saúde Pública*, 2010, 26(9):1839-1852.
- [31] Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes JC, Nasipitz CK. ISAAC – Brazilian Group prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the international Study of Asthma and allergies in childhood (ISAAC) – phase 3. *J. Pediatr.*, 2006c , 82: 341-6.
- [32] Mazzarella G, Bianco A, Catena E, Palma R, Abbate GF. Th1/ Th2 lymphocyte polarization in asthma. *Allergy* , 2000,55(suppl 61):6-9.
- [33] Matricardi PM, Rosmini F, Riondino S, Fortini, M, Ferrigno L, Rapicetta, M & Bonini S. Exposure to foodborne and orofecal microbes versus airborne viruses in relation to atopy and allergic asthma: epidemiological study *British Medical Journal*, 2000, 320: 412–417.
- [34] Sheriff A & Golding J. The ALSPAC Study Team. Hygiene levels in a contemporary population cohort are associated with wheezing and atopic eczema in preschool infants. *Arch Dis Child*. 2002;87: 26–29.

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

- [35] Strachan DP. Family size, infection and atopy: the first decade of the “hygiene hypothesis”. *Thorax*. 2000; 55(Suppl 1):S2–10.
- [36] Hong SJ, Lee MS, Sohn MH, Shim JY, Han YS, Park KS, et al. Self-reported prevalence and risk factors of asthma among Korean adolescents: 5-year follow-up study, 1995-2000. *Clin Exp Allergy* 2004;34:1556-62.
- [37] Pineda NIS. Ambiente domiciliar – asma e atopia em crianças escolares de Salvador, Bahia. Tese de doutorado. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2009.
- [38] Almqvist C, Egmar AC, Hedlin G, Lundqvist M, Nordvall SL, Pershagen G, Svartengren M, Van Hage-Hamsten M, Wickman M. Direct and indirect exposure to pets — risk of sensitization and asthma at 4 years in a birth cohort. *Clin Exp Allergy* 2003; 33: 1190-7.
- [39] Montealegre F, Meyer B, Chardon D, Vargas W, Zavala D, Hart B, Bayona M. Comparative prevalence of sensitization to common animal, plant and mould allergens in subjects with asthma, or atopic dermatitis and/or allergic rhinitis living in a tropical environment. *Clin Exp Allergy*, 2004; 34(1): 51-8.
- [40] Wang, Y. Risk factors of allergic rhinitis: genetic or environmental? *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2005;1(2) 115– 123.
- [41] Casagrande RRD, Pastorino AC, Souza RGL, Leone C, Solé D, Jacob CMA. Prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2008, 42 (3): 517-523.
- [42] Riedl M, Diaz-Sanchez D. Biology of diesel exhaust effects on respiratory function. *J Allergy Clin Immunol*, 2005, 115:221–8.
- [43] Mello CAS, Fruchtengarten L. Riscos químicos ambientais à saúde da criança. *J.Pediatr.*, 2005 , 81(5):S205-S211.
- [44] Carvalho ALA, Alves RES. Prevalência de sintomas respiratórios e condições clínicas associadas à asma em estudantes de escolas públicas, entre 8 - 14 anos, na área urbana e rural do município de Caratinga – Minas Gerais, Monografia Graduação Fisioterapia. Caratinga: UNEC, 2003.
- [45] Sudhir P, Prasad CE. Prevalence of exercise – induced bronchospasm in schoolchildren: an Urban – Rural comparison. *J Trop Pediatr* 2003; 49: 104 – 108.
- [46] Oliveira CHS, Binotti RS, Muniz JRO., Jr, AJP, Prado AP, Lazzarini S. Fauna acarina da poeira de colchões na cidade de Campinas – SP. *Rev bras. alerg. imunopatol*. 1999; 22(6):188-197.

ANEXO I**Questionário (Modelo ATS-DLD-78 C)****IDENTIFICAÇÃO:**

- ☐ NOME DO PACIENTE _____
- ☐ RESPONSÁVEL _____
- ☐ SEXO: ☐ FEMININO ☐ MASCULINO
- ☐ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
- ☐ ENDEREÇO: _____
- ☐ TELEFONE: _____

- 1) Já apresentou alguma das seguintes doenças?
☐ pneumonia ☐ bronquite ☐ rinite ☐ asma
- 2) O médico alguma vez disse que é portador de rinite alérgica?
☐ SIM ☐ NÃO
- 3) Costuma apresentar com frequência espirros, coceira no nariz, entupimento nasal ou coriza?
☐ SIM ☐ NÃO
- 4) Na família há casos de rinite alérgica?
☐ avós paternos
☐ pai
☐ tios paternos
☐ irmãos
☐ avós maternos
☐ mãe
☐ tios maternos
☐ outros, especificar: _____
- 5) Já usou vacinas para alergia?
☐ SIM ☐ NÃO
- 6) Os primeiros sintomas de problema respiratório surgiram em que época do ano e com quantos anos?
☐ Maio a setembro
☐ Outubro a abril
Idade: _____
- 7) Quantas pessoas residem na mesma casa? _____ Há algum fumante? _____ Dorme no mesmo quarto com o fumante? _____
- 8) Caracterização da residência:
a) ☐ Casa ☐ Apartamento
b) Tipo de construção: ☐ pau a pique (barro) ☐ tijolo ☐ madeira
c) Bem iluminada (bate sol): ☐ Sim ☐ Não
Número de cômodos _____
d) Determine quantas janelas existe em cada cômodo da casa: _____
e) As janelas são abertas durante o dia
☐ pela manhã
☐ à tarde
☐ Não
f) Existe quintal:
☐ de terra
☐ de brita ou pedra

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

- ☐ ou gramado
☐ Não

g) Existe (em) algum(ns) cômodo(s) que apresenta infiltração de água ou mofo:

☐ Sim ☐ Não

Quais? _____

h) Higienização da casa:

Quantas vezes varre a casa por semana:

- ☐ todo dia
☐ 3 vezes
☐ nenhuma vez

Quantas vezes você passa pano úmido:

- ☐ todo dia
☐ 3 vezes
☐ nenhuma vez

Que tipo de produtos são utilizados na limpeza:

Quando realizada a troca de roupa de cama e toalhas:

- ☐ semanal
☐ quinzenal
☐ mensal
☐ outros

Quando lava cortinas e carpetes:

- ☐ semanal
☐ quinzenal
☐ mensal
☐ outros

9) Características do quarto:

- ☐ Cortinas
☐ Carpetes
☐ Ambiente claro
☐ Ambiente escuro
☐ Mofo
☐ Tem janelas
 Tipo: _____
 Quantas: _____
 Horas do dia que ficam abertas: _____

- Colchão:
 Tipo: ☐ mola ☐ espuma ☐ palha ☐ outros
 (especificar: _____)

- Travesseiro: Tipo: _____

- Guarda-roupa:
 Tem: ☐ Sim
☐ Não
 neste caso explique onde fica guardada as roupas:

- As roupas são guardadas em locais que são:
☐ Sempre fechados ☐ Sempre abertos

10) Tem animais de estimação?

☐ Dentro de casa ☐ Fora de casa

11) Quais e quantos animais possui:

☐ Cachorro: _____
☐ Gato: _____
☐ Ave: _____

12) Sua residência localiza-se próximo a:

☐ Garagem
☐ Centro
☐ Indústrias
☐ Lava-jato
☐ Outros: _____

13) Renda Familiar:

☐ Até 1 salário
☐ 1 – 2 salários
☐ 2 – 3 salários
☐ 3 – 4 salários
☐ 5 – 6 salários
☐ mais de 6 salários

14) Serviço médico utilizado:

☐ SUS
☐ Convênio
☐ Particular

RELATO DE CASO: METÁSTASE IMPROVÁVEL DE ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL *IN SITU* EM PACIENTE DE 49 ANOS

CASE REPORT: IMPROBABLE ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA METASTASIS *IN SITU* IN PATIENT OF AGE 49

DÉBORA DE OLIVEIRA **SAMPAIO**^{1*}, BRUNA EVELLYN FREITAS DE **OLIVEIRA**¹, LUCAS D'ALMEIDA **FRANCO**¹, ANA CAROLINE SILVEIRA DE **ABREU**¹, REJANE APARECIDA BUENO **TORRES**², LUCIANO DE SOUZA **VIANA**³

1. Acadêmico de graduação do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Médica Titular da Unidade de Oncologia do Hospital Márcio Cunha; 3. Professor Doutor da Disciplina de Ética Médica do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior e Coordenador Médico da Unidade de Oncologia do Hospital Márcio Cunha.

* Rua Candinho, 299, Centro, Capelinha, Minas Gerais, Brasil. CEP: 39680-000. deborasa@icloud.com

RESUMO

O Adenocarcinoma Endocervical *In Situ* (AIS) é uma lesão associada ao epitélio colunar e por definição não invade o estroma celular. A seguir relata-se o caso de uma paciente de 49 anos com história de histerectomia total em 2012 devido à miomatose uterina e adenocarcinoma *in situ* onde não se observaram sinais de invasão do estroma nos cortes estudados. Em 2016, detectou-se massa no ovário esquerdo sem outro sítio tumoral. Foi então realizada ooforectomia bilateral, cirurgia R0, com imuno-histoquímica compatível com adenocarcinoma primário do colo uterino, com hiperexpressão do marcador p16. Recebeu seis ciclos de quimioterapia adjuvante com regime de carboplatina associada à paclitaxel. Atualmente em seguimento trimestral e evoluindo sem evidência de doença em atividade.

PALAVRAS-CHAVE: Adenocarcinoma; endométrio, metástase, ovários, p16.

ABSTRACT

Endocervical Adenocarcinoma *In Situ* (ACIS) is an injury associated with the columnar epithelium and by definition does not invade the cell stroma. We report the case of a 49-year-old woman with a history of total hysterectomy in 2012 due to uterine myomatosis and *in situ* adenocarcinoma in which no signs of stromal invasion were observed in the sections studied. Patient underwent bilateral oophorectomy, in 2016, due to proven ACIS metastatic ovarian involvement, due to probable spoliation, through a positive immunohistochemical study of the p16 marker. Still in chemotherapy but without sign of disease of August of 2016.

KEYWORDS: Adenocarcinoma, endometrium, metastasis, ovaries, p16.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016)¹ o câncer do colo de útero, também chamado de cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos de Papilomavírus Humano (HPV), chamados oncogênicos. Há proliferação desenfreada do

epitélio de revestimento do colo uterino, ocasionando dano ao indivíduo. A infecção genital pelo HPV é muito frequente e não cursa com doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer, tais alterações das células são descobertas facilmente na colpocitologia oncótica e são curáveis em quase toda totalidade dos casos, se mostrando importante então, a realização periódica deste exame. É subdividido em duas formas histológicas, sendo elas o carcinoma de células escamosas, cerca de 80% dos casos e o adenocarcinoma que corresponde a 10%. É o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama e do colorretal, e quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, país esse que tem avançado cada dia mais em sua capacidade de diagnóstico precoce.

Conforme dados do INCA (2018)¹ foram esperados, no Brasil, 16.370 casos novos de neoplasia do colo do útero, sendo o risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Já a incidência Segundo Salani (2009)² do adenocarcinoma *in situ* do colo do uterino é de 1,25 caso por 100.000 mulheres, correspondendo a cerca de 2% do valor total de lesões cervicais.

As metástases ocorrem quando a disseminação tumoral consegue invadir a lâmina basal e assim atingir os vasos linfáticos e sanguíneos ou por contiguidade com os tecidos vizinhos e criar um comprometimento de um tecido distante do foco de origem dessa neoplasia, anuiu Venegas (1992)³.

Adenocarcinoma *in situ* raramente dá metástases pois não invadem o estroma adjacente. Entretanto, a literatura possui vários relatos de doença metastática na presença de lesão primária classificada como *in situ*. Como mecanismo fisiopatológico é citado a disseminação direta transtubária ou mecanismo retrógrado uterino. Para confirmar se essa segunda lesão trata-se de um novo carcinoma ou de uma metástase de adenocarcinoma é necessário realizar o teste de estudo imunohistoquímico com marcador p16 para avaliar a

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

lesão como evidenciado por Ronnett (2008)⁴. Sendo o teste positivo, na ausência de outros marcadores, é possível comprovar metástase ovariana de adenocarcinoma endocervical.

De acordo com Kim (2011)⁵, se houver uma identificação de adenocarcinoma invasivo, a cirurgia deve ser completada de acordo com os protocolos em vigor no local. Levando em consideração a incidência desta em mulheres jovens, com desejo de preservação de fertilidade, pode ser realizada uma atitude conservadora em casos selecionados, permanecendo em vigilância clínica, citológica e colposcópica após a conização.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Caso, utilizando-se informações retrospectivas, obtidas por meio de análise do prontuário, revisão bibliográfica em biblioteca virtual como Pubmed, Scielo e Medscape.

A pesquisa documental deste artigo constando o tema Adenocarcinoma Endocervical *in situ* com metástase ovariana: Relato de caso foi realizada utilizando artigos científicos em português e inglês das bases de dados, SciELO, PubMed, MEDLINE, BIREME, livros de Oncologia, Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério de Saúde (MS), Instituto Nacional de Câncer (INCA). Foram utilizadas pesquisas com as seguintes palavras-chave: Adenocarcinoma; Endocervical; *in situ*; metástase; ovários. Os artigos pesquisados compreendem publicações nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Foram priorizados os artigos publicados ao longo dos últimos doze anos.

Após as etapas de confecção, esclarecimento e registro do TCLE, utilizaram-se também, métodos de imagem e análise histológica para definir o avanço da patologia e sua correlação clínica. Análises de Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM), Ultrassonografia (US) e lâminas imuno-histoquímicas foram realizadas.

3. RELATO DE CASO

Paciente N.R.S, gênero feminino, 49 anos. Em 2012, foi submetida a histerectomia total para tratamento de miomatose uterina. Exame anátomo patológico confirmou o diagnóstico de miomatose uterina e evidenciou presença de adenocarcinoma *in situ* do colo do útero. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica datado de 09/08/2012 foi compatível com: leiomiomas uterinos, endométrio de padrão secretor, ausência de sinais de malignidade no corpo uterino; adenocarcinoma *in situ* no colo uterino, sem evidências de invasão do estroma deste. Desde então, encontrava-se em seguimento ginecológico habitual.

Nos exames de seguimento realizados em 2016, encontrou-se uma lesão em ovário em ultrassonografia transvaginal datada de 23/03/2016 que detectou formação arredondada de tamanho 2,4 x 2,2 cm (FIGURA 1).

Prosseguindo a investigação, em 10/06/2016, realizou tomografia de pelve que mostrou formação

cística com septações grosseiras de tamanho 5,4 x 3,7 cm (FIGURA 2). A ressonância da pelve, de 10/08/2016, evidenciou formação cística em ovário esquerdo, com tamanho de aproximadamente 4,9 x 4,5 x 4,0 cm e outro cisto relacionado ao ovário, medindo 4,2 x 2,5 x 2,2 cm (FIGURA 3).

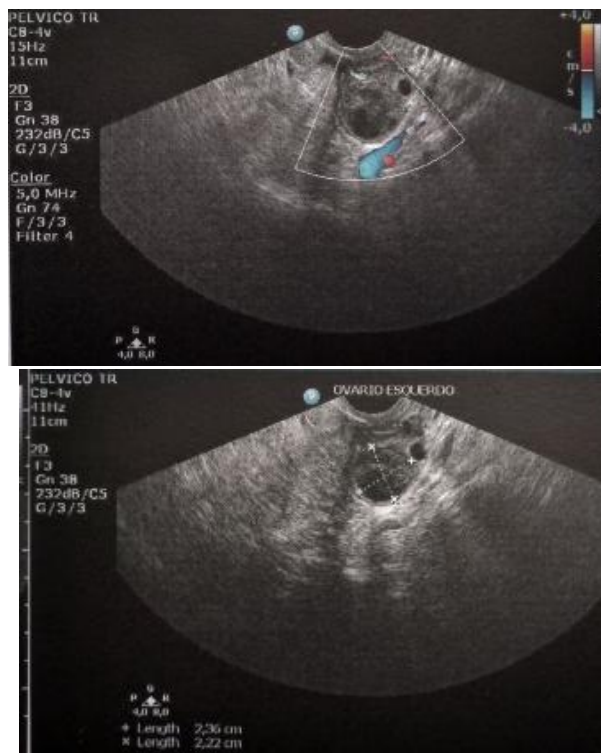


Figura 1. Ultrassonografia (US) apresentando formação arredondada, hipoeecogênica, sem fluxo ao Doppler colorido (esq.), apresentando finas septações (dir.), localizada em ovário esquerdo.

As dosagens de marcadores tumorais (CA 125, Desidrogenase Láctica, Beta-HCG e Alfafetoproteínas) encontravam-se normais. Em 30/08/2016, a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico. O inventário da cavidade abdomino-pélvica evidenciou várias lesões sólido-císticas em ovário esquerdo com tamanho total de 10 cm aderido em cúpula vaginal; ovário direito sem alterações à macroscopia; ausência de implantes em vísceras maciças ou peritoneais. Foi realizada coleta de líquido peritoneal para citologia oncótica, ooforectomia esquerda e direita, com ambos os ovários fortemente aderidos à cúpula vaginal. A citologia oncótica do líquido peritoneal foi negativa para células neoplásicas. O quadro morfológico do anexo esquerdo foi compatível com neoplasia cística mucinosa em ovário; anexo direito correspondia a ovário atrófico; ambas tubas uterinas sem alterações relevantes.

Como nota no laudo anatomopatológico, o patologista ponderou que o aspecto do tumor cístico do ovário esquerdo não é o usual de uma Neoplasia Primária do Ovário. Devido a história clínica previa da paciente, suspeitou-se de metástase ovariana. Desta forma, para comprovar esta hipótese diagnóstica, foi sugerido estudo imuno-histoquímico com marcador p16 (FIGURA 4).

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

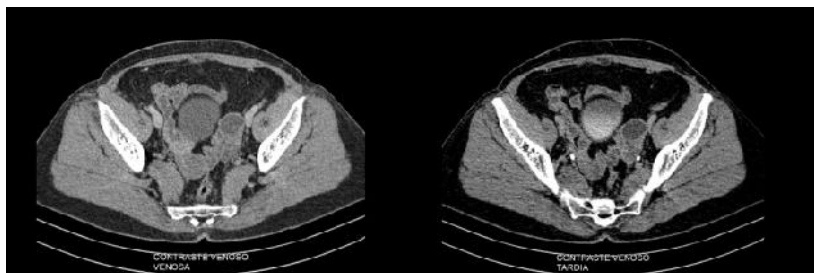


Figura 2. Tomografia Computadorizada (TC) apresentando um contraste venoso e tardio, onde percebemos lesão septada grosseiramente ao lado esquerdo, entre a região vesical e retal.

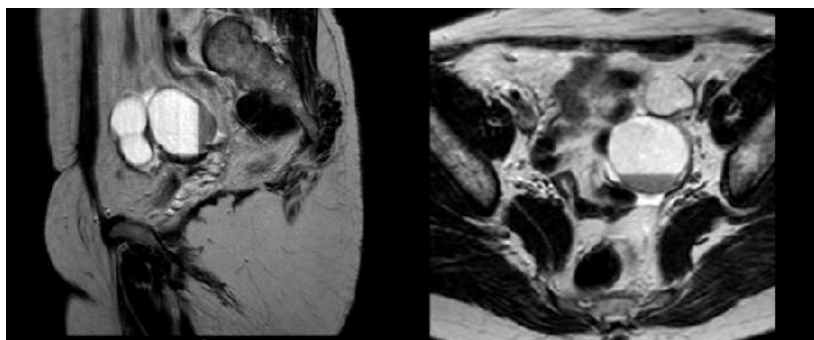


Figura 3. Ressonância Magnética (RM) apresentando nível líquido-líquido em formação cística posterior, que sugere conteúdo hemático. A formação cística anterior apresenta fina septação, sendo melhor analisada na imagem à esquerda.



Figura 4. À esquerda – Imagem da parede do cisto com células neoplásicas no tecido de revestimento. Quadro morfológico HE compatível com Neoplasia Cística Mucínica (aumento 100x). À direita – Imagem da imuno-histoquímica positiva para o marcador p16 (aumento 100x).

Diante disso, o seguinte painel imuno-histoquímico foi encontrado: citokeratina 7, 8 e 18 positivas; citokeratina 20 negativa; CDX negativo; p16 positivo. Assim, concluiu-se que os achados clínicos, histológicos e imuno-histoquímicos suportam o diagnóstico de acometimento Metastático Ovariano por Adenocarcinoma Endocervical.

A paciente foi submetida a re-estadiamento imaginológico, sem evidência de acometimento neoplásico secundário. Após estes resultados, revisando a literatura, optou-se pelo tratamento quimioterápico com o esquema carboplatina associada a paclitaxel.

4. RESULTADOS

Além da ooforectomia bilateral, paciente realizou o tratamento quimioterápico, iniciado em Novembro/2016, com boa tolerância, sem intercorrências e/ou toxicidades. Foram realizados seis ciclos de

quimioterapia com o referido esquema, seguidos de acompanhamento sem terapêutica oncológica específica. Evoluiu sem evidência de doença em atividade.

5. DISCUSSÃO

Como relatado por Chang *et al.* (2010)⁶, o Adenocarcinoma Endocervical *In Situ* (AIS) é o precursor do Adenocarcinoma Endocervical Invasivo e está associado à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) de alto risco, especificamente, os tipos 16 e 18. Por definição, o AIS envolve apenas o epitélio colunar e não invade o estroma.

As Metástases Ovarianas que ocorrem tardiamente após histerectomia devido ao AIS são raras, mas descritas, sendo a maioria associadas ao HPV de alto risco. Tais tumores exibem diferentes graus de diferenciação mucinosa ou endometrióide, sendo muitas vezes caracterizados pelo epitélio glandular exibindo um misto de ambos os tipos de diferenciação, denominado Adenocarcinoma Endocervical do tipo usual. Frequentemente, é difícil a distinção entre Carcinoma Ovariano Mucinoso Primário e o Metastático e há basicamente três métodos que contribuem para essa diferenciação: Imuno-histoquímica para p16INK4a, Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para detecção de DNA do HPV e Análise do número de cópias genômicas, assim descrito por Young *et al.* (2002)⁷.

De acordo com Ronnett *et al.* (2005)⁴, os casos atuais de AIS com metástase ovariana suportam o conceito de disseminação direta (não linfonodal e não-hematogênica) do epitélio neoplásico associado ao HPV do endocérvix ao trato genital superior, transportado através das tubas uterinas, denominado mecanismo transtubário de disseminação ou mecanismo retrógrado uterino.

No total, foram descritos por Elishaev *et al.* (2005)⁸, 8 casos em que o AIS, com mínima ou nenhuma invasão estromal, associado à uma neoplasia concomitante idêntica à causada pelo HPV, em um ovário. Esse padrão de propagação é incomum e parece estar associado a um prognóstico favorável. Nos casos descritos por Chang *et al.* (2010)⁶, os pacientes permaneciam sem evidência de doença após períodos de seguimento que variaram de 35 a 55.

De acordo com Tan Ol *et al.* (2005)⁹, a maioria dos casos relatados descreve o crescimento intraovariano do tipo *borderline-like*, sem necessariamente envolver a superfície ovariana, uma observação aparentemente em desacordo com o conceito de propagação transtubal. Há hipótese de que após a implantação na superfície do ovário, as células endocervicais neoplásicas podem se

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

encistar no estroma ovariano. Este mecanismo é proposto para cistos benignos da região cortical ovariana e outros tumores metastáticos ovarianos formam cistos ou massas sem envolvimento superficial.

Usualmente, tais tumores são reconhecidos devido à sua característica metastática, incluindo acometimento bilateral e um padrão de crescimento nodular. Não obstante, não é incomum apresentarem como grandes massas, unilateral, que crescem em padrões glandulares ou expansivos, simulando tumor mucinoso primário do ovário ou endometrióide *borderline-like* e até mesmo adenocarcinomas bem diferenciados, exemplificado por Vang *et al.* (2007)¹⁰.

Elishaev *et al.* (2005)⁸ estabeleceu que a detecção de DNA do HPV nos tumores ovarianos é indicativo de metástase ao invés de neoplasias primárias. Observa-se também a expressão de p16 difusamente nesses ovários metastáticos, comprovado por análise imuno-histoquímica. Isso decorre do complexo mecanismo de transformação molecular do vírus, sendo que suas proteínas interagem com as proteínas reguladoras do ciclo celular, inativando o circuito *feedback*, resultando em uma maior expressão do marcador p16, consoante Wang *et al.* (2005)¹¹.

Sendo assim, de acordo com Vang *et al.* (2007)¹⁰, a detecção da p16 serve como marcador de infecção pelo HPV de alto risco. O padrão difuso de coloração da p16 observado nos Adenocarcinomas Endocervicais metastáticos ovarianos é específico e pode ser usado como um marcador independente para diagnóstico de tal tumor, quando outros métodos diretos de detecção do DNA do HPV não estão disponíveis.

Um estudo realizado por Vang *et al.* (2007)¹⁰ demonstrou que entre um grande número de tumores primários do tipo mucinoso do ovário, endometrióide e adenocarcinomas metastáticos exibindo formas mucinosas e endometrioidais, a expressão da proteína p16 serve como um sensível e específico marcador para a identificação do Adenocarcinoma Endocervical relacionado ao HPV. Particularmente, o Adenocarcinoma Endocervical metastático, exibiu um padrão difuso de expressão da p16 de colocação moderada à forte em 90% a 100% das células tumorais, enquanto a grande maioria dos tumores primários do ovário e Adenocarcinomas metastáticos de outros sítios possuem hipoexpressão do marcador p16.

Conforme Branca *et al.* (2004)¹², a identificação da p16 como marcador do Adenocarcinoma Endocervical Metastático Ovariano é útil uma vez que outros marcadores tais como CEA, CA-125, entre outros, tem valor muito limitado, já que há expressão desses marcadores em diversos tipos primários de tumores epiteliais ovarianos, adenocarcinomas metastáticos de diversos locais e também, Adenocarcinomas Endocervicais.

Como consente Ansari-lari *et al.* (2004)¹³, é importante ressaltar que a utilidade da p16 é restrita à identificação do Adenocarcinoma Endocervical relacionado ao HPV de alto risco devido à relação entre

expressão da proteína p16 e o HPV, uma vez que a infecção pelo vírus resultou em uma expressão excessiva em lesões intraepiteliais escamosas e glandulares, além de carcinomas cervicais invasivos. Como relata Vang *et al.* (2007)¹⁰, vale a pena ressaltar que a expressão do marcador p16 deve ser analisada juntamente com demais dados clínicos e patológicos. Outros métodos diretos para detecção do vírus HPV devem ser empregados sempre que possível, como a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) ou Hibridização “*in situ*” (HIS) para confirmar tais metástases.

6. CONCLUSÃO

Apesar da literatura relativamente escassa, o caso relatado permite abordar questões inovadoras dentro da área da saúde. A importância do trabalho em conjunto na identificação da patologia merece ser evidenciado. Percebe-se que a interação dos métodos de análise por imagem e anatomopatológico foram elementares no manejo do caso.

É importante salientar que o Adenocarcinoma *in situ* raramente dá metástases por habitualmente não invadir o estroma adjacente. Contudo, podem acontecer em alguns casos, principalmente para ovários. Para confirmar se essa segunda lesão trata-se de um novo carcinoma ou de uma metástase por adenocarcinoma é necessário realizar o teste de estudo imuno-histoquímico com marcador p16. Sendo o teste positivo, na ausência de outros marcadores, é possível comprovar metástase ovariana de adenocarcinoma endocervical.

Por se tratar de uma doença subclínica na grande maioria dos casos, o diagnóstico é realizado principalmente pela colpocitologia oncótica e em sua quase totalidade obtém-se a cura por meio do tratamento cirúrgico, evidenciando a importância da realização periódica de tal exame.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2018
- [2] Salani R, Puri I, Bristow RE. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a metaanalysis of 1278 patients evaluating the predictive value of conization margin status. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(2):182.e1-5.
- [3] Venegas, LF; Fleck, J. A biologia das metástases. In: Fleck, J. Câncer: integração clinicobiológica. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 1992. p. 55.
- [4] BM, Ronnett *et al.* Endocervical Adenocarcinomas With Ovarian Metastases: Analysis of 29 Cases With Emphasis on Minimally Invasive Cervical Tumors and the Ability of the Metastases to Simulate Primary Ovarian Neoplasms. *Am J Surg Pathol*. Baltimore, Md, p. 1835-1853. jan. 2008
- [5] Kim HJ, Kim W. Method of tumor volume evaluation using magnetic resonance imaging for outcome prediction in cervical cancer treated with concurrent

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

- chemotherapy and radiotherapy. *Radiat Oncol J* 2012;30:70-7
- [6] Chang, Martin C. *et al.* Case Report: Endocervical Adenocarcinoma In Situ With Ovarian Metastases: A Unique Variant With Potential for Long-term Survival. *International Journal Of Gynecological Pathology*. Baltimore, Md, p. 88-92. jan. 2010.
- [7] Young RH, Clement PB. Endocervical adenocarcinoma and its variants: their morphology and differential diagnosis. *Histopathology*. vol.41, n.3, p.185-207, set. 2002.
- [8] Elishaev E, Gilks CB, Miller D, *et al.* Synchronous and metachronous endocervical and ovarian neoplasms: evidence supporting interpretation of the ovarian neoplasms as metastatic endocervical adenocarcinomas simulating primary ovarian surface epithelial neoplasms. *Am J Surg Pathol*. v. 29, n.10, p.281-294, 2005
- [9] Tan OL, Hurst PR, Fleming JS. Location Of Inclusion Cysts In Mouse Ovaries In Relation To Age, Pregnancy, And Total Ovulation Number: Implications For Ovarian Cancer? *J Pathol*. 2005; 205(4):483-90.
- [10] Vang RMD, *et al.* P16 Expression in Primary Ovarian Mucinous and Endometrioid Tumors and Metastatic Adenocarcinomas in the Ovary: Utility for Identification of Metastatic HPV-Related Endocervical Adenocarcinomas. *Am J Surg Pathol*. Usa, p. 653-663. maio 2007.
- [11] WANG JL *et al.* P16^{INK4a} immunocytochemistry/immunohistochemistry: need for scoring uniformization to be clinically useful in gynecological pathology. *Annals of Diagnostic Pathology* 16 (2002) 422-426.
- [12] Branca M, Ciotti M, Santini D, *et al.* P16(INK4A) Expression Is Related To Grade Of Cin And High-Risk Human Papillomavirus But Does Not Predict Virus Clearance After Conization Or Disease Outcome. *Int J Gynecol Pathol*. 2004; 23(4):354-65.
- [13] Ansari-Lari MA, Staebler A, Zaino RJ, *et al.* Distinction Of Endocervical And Endometrial Adenocarcinomas: Immunohistochemical P16 Expression Correlated With Human Papillomavirus (HPV) DNA Detection. *Am J Surg Pathol*. 2004; 28(2):160-7.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO DE MORBIDADE POR FEBRE AMARELA NO LESTE MINEIRO

COMPARATIVE EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF YELLOW FEVER MORBIDITY IN THE EASTERN OF MINAS GERAIS

RAQUEL ALVES CORDEIRO^{1*}, KIMILLY VIEIRA DOS SANTOS ROCHA¹, MARIANA LOPES STULZER¹, LUCIANO DE SOUZA VIANA²

1. Acadêmico do curso de graduação de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor, Disciplina ética médica do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior, MD, MSc e PhD.

* Av. Macapá, 160, Veneza, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-253. raquelcordeirobsb@gmail.com

RESUMO

A Febre Amarela (FA) é uma doença endêmica das áreas florestais na América Latina e África, e em 2017 o Brasil enfrentou um importante surto da doença, principalmente nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro. A presente pesquisa compara a morbidade por FA no Brasil, Minas Gerais e Leste Mineiro entre o período de novembro de 2014 a janeiro de 2016 e o período de novembro de 2016 a janeiro de 2018 utilizando o banco de dados do DATASUS. No primeiro período foram registrados apenas 17 casos contra 888 casos no segundo tempo. 62,95% dos casos foram registrados em Minas Gerais e 18,24% no Leste Mineiro. O presente estudo detectou números alarmantes registrados pelo Ministério da Saúde, através do DATASUS, de morbidade por Febre Amarela no Brasil e principalmente no Leste mineiro, devido ao crescente número de casos no segundo período analisado.

PALAVRAS-CHAVE: Febre amarela, internações, incidência, Leste mineiro.

ABSTRACT

Yellow Fever (AF) is an endemic disease of forest areas in Latin America and Africa, and in 2017 Brazil faced a major outbreak of the disease, mainly in the states of Minas Gerais, Espírito Santo and Rio de Janeiro, and its range extended to São Paulo in 2018. The present study sought to compare two different periods, but with the same time interval, to demonstrate the significant increase of DATASUS data on morbidity due to Yellow Fever in Brazil, Minas Gerais and specifically in the eastern Minas Gerais, due to the increasing number of cases since the end of 2016 until January 2018.

KEYWORDS: Yellow fever, hospitalizations, incidence, Eastern Minas Gerais.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Cavalcante *et al.* (2017)¹ a Febre Amarela é uma doença causada por um arbovírus do gênero *Flavivirus* que leva a epizootia em macacos, que representam seu reservatório. Ela apresenta-se nas formas silvestre, que a contaminação se dá pela aproximação de áreas florestais, e na urbana

que ocorre pela transmissão do mosquito *Aedes aegypti*. Nesses ambos ciclos de transmissão, a FA acontece sob os mesmos aspectos clínicos, etiológicos, fisiopatológico e imunológico

O período de incubação da FA de acordo com Cavalcante *et al.* (2016)² varia entre 3 a 6 dias podendo chegar de 10 a 15 dias e o início súbito ocorre por febre alta, dor de cabeça, vômitos, náuseas, mialgia e aumento das transaminases. Oliveira *et al.* (2017)⁵ descreve a Febre Amarela como uma doença infecciosa, aguda, não contagiosa e de gravidade variável sendo classificada em: leve, moderada e grave ou maligna. A forma mais grave segundo Costa *et al.* (2011)³ ocorre em cerca de 15% dos infectados, que evoluem com uma insuficiência hepática, renal e até neurológica, além de episódios hemorrágicos importantes. O tratamento da forma leve e moderada é sintomático e da forma grave há necessidade de cuidados intensivos⁴.

Segundo Vasconcelos em 2003⁶ a Febre Amarela é doença de notificação compulsória, dessa forma, todo caso suspeito deve ser imediatamente notificado para as autoridades hierárquicas de vigilância da localidade. Deve também ser seguido de investigação de até 24 horas após a notificação e conclusão dentro do prazo limite de 60 dias. De acordo com Cavalcante *et al.* (2016)² O objetivo dessa vigilância é, identificar áreas de epizootias a fim de localizar as áreas de maior risco, detectar o maior número possível de casos, mesmo assintomáticos, para notificá-los e prestar os devidos suportes a população, e orientar sobre ações de controle, como vacinação e vigilância sanitária, no combate ao vetor.

Em 2017 o Brasil enfrentou um importante surto da doença, principalmente nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro e seu alcance estendeu para São Paulo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram realizadas pesquisas na plataforma DATASUS sobre os índices epidemiológicos e de

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

morbidade hospitalar do SUS, por local de residência (a partir de 2008), comparando o período de Nov/2014-Jan/2016 e Nov/2016- Jan/2018, e utilizando como abrangência geográfica o Brasil, a região sudeste, Minas Gerais bem como a região do Leste mineiro; também foram utilizados artigos pesquisados no PubMed e Scielo, para exposição dos assuntos relacionados à Febre Amarela.

3. RESULTADOS

A pesquisa retrata, segundo o Ministério da Saúde (2018)⁷, os índices epidemiológicos e de morbidade hospitalar do SUS, por local de residência, comparando o período de Novembro de 2014 a Janeiro de 2016 e Novembro de 2016 a Janeiro de 2018. Com esses dados foi possível encontrar registros, no Brasil, no primeiro período de 17 casos de internação, 6 casos no Sudeste, 4 em Minas Gerais e nenhum caso no Leste Mineiro, já no segundo período foi encontrado no Brasil 905 casos de internações por Febre Amarela, sendo 857 destes novos casos na região sudeste, destes, 563 em Minas Gerais e 162 somente no leste mineiro. O Brasil apresentou um aumento de 5.123% de novos casos de FA, o Sudeste de 14.083%, Minas Gerais de 13.875% e a maior taxa de aumento registrada foi no Leste Mineiro com 16.200%.

4. DISCUSSÃO

Os dados verificados junto ao DATASUS (2018)⁷ nos mostram em números que o Brasil vive, desde dezembro de 2016¹, um dos maiores surtos de FA de transmissão silvestre da sua história. O Brasil saiu de 17 casos para 888 casos no intervalo de tempo estudado, o que nos permitiu verificar uma incidência nacional de 0,43 casos por 100.000 habitantes, o que se torna mais relevante quando analisado o aumento das internações por FA no Leste mineiro, que no intervalo de tempo entre novembro de 2014 e janeiro de 2016, não havia nenhum caso registrado, e mais tarde, no período entre novembro de 2016 e janeiro de 2018, já se passou para 162 casos registrados, fazendo com que fosse verificado a incidência de 10,20 casos por 100.000 habitantes. Segundo o Ministério da Saúde, este episódio foi classificado como surto pois além de ter sido o maior número de casos já notificados no país, foi restrito a uma área, sem seu espalhamento em outros estados. Diversos fatores poderiam ser atribuídos a causa deste surto, porém nenhum deles há um estudo que o confirme. Dentre essas causas se incluem uma possível falha na cobertura vacinal dessas áreas e na vigilância epidemiológica das epizootias em macacos, e também a inserção de outras doenças com sintomatologia semelhante, como dengue, chikungunya e zika que poderia ter levado a uma notificação equivocada.

5. CONCLUSÃO

Esta pesquisa demonstrou os dados alarmantes

registrados pelo Ministério da Saúde, através do DATASUS, de morbidade por Febre Amarela no Brasil e principalmente no Leste mineiro, comparando com anos anteriores, com o mesmo intervalo de tempo. De Novembro de 2016 a Janeiro de 2018 foram registrados 905 novos casos da doença no Brasil, e destes, 147 foram registrados em Janeiro de 2018, sendo 145 na região sudeste. Os recentes casos investigados pelo Ministério da Saúde indicam que os infectados foram expostos a áreas de matas ou zonas rurais. Segundo o órgão, o surto seria causado por uma maior circulação do vírus em áreas onde ele não era registrado há tempos, e devido a isso, a população dessas áreas não tinha cobertura vacinal adequada, e essa falta de imunização teria facilitado a ampla dispersão da doença.

REFERÊNCIAS

- [1] Cavalcante KRLJ, *et al.* Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s.l.], v. 26, n. 3, p.617-620, jul. 2017. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300018>. Acesso em: 26 jun. 2018.
- [2] Cavalcante KRLJ, Tauil PL. Características epidemiológicas da febre amarela no Brasil, 2000-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s.l.], v. 25, n. 1, p.10-1, jan. 2016. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000100002>. Acesso em: 26 jun. 2018.
- [3] Costa ZGA, Romano APM, Elkhoury ANM, *et al.* Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua*, v. 2, n. 1, p. 11-26, mar. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 15 Abr. 2018.
- [4] Litvoc MN, Novaes CTG, Lopes MIBF. Yellow fever. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 106-113, Feb. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018000200106&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr. 2018.
- [5] Oliveira AM, *et al.* A ameaça da febre amarela e o recente surto no Brasil. *Revista de Trabalhos Acadêmicos - Universo Belo Horizonte*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p.1-2, 2017. Anual. Disponível em: <[http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=3universobelohorizonte3&page=article&op=view&path\[\]=4543](http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=3universobelohorizonte3&page=article&op=view&path[]=4543)>. Acesso em: 26 jun. 2018.
- [6] Vasconcelos PFC. Yellow Fever. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*; 36(2):275-293, mar-abr, 2003.
- [7] Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos de Morbidade Hospitalar do SUS. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=927&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nr>>. Acesso em: 20 Mar. 2018.

O ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): INTEGRAÇÃO ENTRE FAMÍLIA, ESCOLA E TERAPEUTAS

FOLLOW-UP OF A CHILD IN AUTISTIC SPECTRUM DISORDER: INTEGRATION BETWEEN FAMILY, SCHOOL AND THERAPISTS

BÁRBARA CÂNDIDA ALVES PEREIRA DE ARRUDA^{1*}, ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL¹, MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, LUIZ FLÁVIO FERREIRA FIGO¹, JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO BARROS¹, SILVIA BASTOS HERINGER-WALTHER²

1. Discente do curso de graduação de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES; 2. Professor Doutor, da disciplina Medicina de Família e Comunidade do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES.

* Rua 22, 124, Ilha dos Araújos, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35020-580. barbaraalvesarruda@gmail.com

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma patologia que tem sido cada vez mais encontrada nos consultórios pediátricos. A abordagem da criança portadora deve ser realizada de forma multidisciplinar e associada ao apoio e à orientação familiar. O Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) destaca que o TEA é caracterizado por comunicação e interação social deficientes, relacionamentos escassos, estereotípias, interesses e padrões de comportamento restritos. O autismo não tem etiologia completamente definida e sua ocorrência é atribuída tanto a fatores genéticos, quanto a fatores ambientais. Quatro meninos são diagnosticados a cada menina, sendo que a patologia em questão possui prevalência de 62:10.000 crianças. Os primeiros sintomas manifestam-se antes dos 30 meses, e a percepção clínica do pediatra e dos profissionais da saúde em contato com a criança é essencial para a detecção precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo, atenção multidisciplinar, criança, apoio familiar, triagem.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a pathology that has been increasingly found in pediatric offices. The child carrier's approach must be carried out in a multidisciplinary way and associated with family support and guidance. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) emphasizes that ASD is characterized by poor communication and social interaction, scarce relationships, stereotypes, interests and restricted behavior patterns. Autism does not have a completely defined etiology and its occurrence is attributed to both genetic and environmental factors. Four boys are diagnosed each girl, and the pathology in question has a prevalence of 62: 10,000 children. Early symptoms manifest themselves before the age of 30 months, and the pediatrician's and health professionals' perceptions in contact with the child are essential for early detection.

KEYWORDS: Autism, multidisciplinary attention, child, family support, screening.

1. INTRODUÇÃO

No ano de 1943, nos foi apresentada a primeira descrição do autismo pelo médico austríaco Leo Kanner. Onze casos de crianças entre 2 a 8 anos foram relatados, e os transtornos estudados foram denominados “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Hoje, esta condição também é citada como “Transtorno do Espectro Autista” ou “Autismo Infantil”. Após um ano da publicação do texto de Kanner, o médico austríaco Hans Asperger publicou o artigo “Psicopatologia Autística da Infância”, o qual descrevia o quadro de quatro crianças entre 7 a 11 anos. A disseminação deste último foi mais demorada e dificultada, principalmente por o artigo ter sido escrito em alemão¹.

O espectro das manifestações autísticas é composto por uma tríade de dificuldades no âmbito da socialização, da comunicação e do uso da imaginação, todas estas tipicamente instaladas antes dos três anos de idade. É comum que os pais das crianças autistas percebam os filhos demasiadamente calmos e sonolentos, com pouco gosto pelo colo e possível rejeição ao aconchego. Com o desenvolvimento da criança, a dificuldade de comunicação torna-se perceptível, principalmente quando comparada a atitudes habitualmente esperadas para a faixa etária. O rol de dificuldades costuma englobar fatores verbais e não verbais, como os gestos, o acenar de mãos, o apontar, o imitar, a realização de expressões faciais, o manejo da linguagem corporal, a fala funcional e o desenvolvimento da imaginação e da criatividade. O autista costuma possuir comportamentos, interesses e atividades de aspecto repetitivo e restritivo^{1,2}, geralmente associados à esquivas aos contatos visual e físico³.

O cuidado com o paciente portador do TEA demanda longos períodos de entrega e dedicação, o que

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

pode ser configurado como um fator de abdicação das atividades de trabalho e de lazer dos familiares. Por esse motivo, a assistência multidisciplinar, os espaços de partilha e a disponibilidade de cuidados terapêuticos específicos são de extrema importância para a criança e para seus cuidadores. A integralidade do cuidado deve ser sempre considerada, principalmente pela diversidade de demandas e pela necessidade de promoção da saúde e da autonomia de todos os envolvidos³.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado por meio da avaliação de relatos de caso e revisão de literatura dos últimos 20 anos com o tema “autismo”, presente em bases de dados online como Scielo, PubMed e Ministério da Saúde. Materiais didáticos publicados na área de pediatria também foram considerados. Cerca de 30 materiais foram avaliados, dos quais apenas 16 foram selecionados para este artigo, considerando palavras-chave como “autismo”, “inclusão”, “triagem” e “cuidado”.

3. RELATO DE CASO

Menina, 5 anos, há 36 meses apresentava ecolalia, atraso motor e cognitivo, difícil socialização, contato ocular ausente, fase oral postergada, crises nervosas, comprometimento grave em linguagem e atividades de vida diária. Diagnosticada com autismo moderado pelo neuropsiquiatra, cariótipo e tomografia de crânio sem anomalias estruturais. Iniciou tratamento com Risperidona 1mg/mL (0,5mL pela manhã e 0,5mL à noite), terapia comportamental com pedagogo, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. Na escola, iniciou acompanhamento individual, especializado e personalizado, baseado no método TEACCH (Treatment and of Autistic and Related Communication Handicapped Children), e atendimento na sala de recursos da Atenção Educacional Especializada (AEE). Em casa, foi implantada rotina visual baseada em pareamento, estímulo/recompensa e protocolos de Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Houve melhora significativa em todas as áreas.

4. DISCUSSÃO

O desenvolvimento infantil deve ser avaliado constantemente, independente da presença ou ausência de fatores de risco que possam afetar o crescimento da criança em todas as suas fases⁴. Os primeiros anos de vida são críticos para essa avaliação, pois é quando a plasticidade neuronal ainda permite que interferências positivas apresentem resultados consideráveis no estímulo do crescimento da criança⁵. O pediatra e os profissionais da saúde são parte importante na detecção de atrasos do desenvolvimento e na consolidação de diagnósticos, principalmente por esses serem capazes de observar profundamente os marcos clássicos esperados para cada faixa etária infantil⁴.

Ainda que atualmente o autismo não tenha uma

etiologia definida, sabe-se que a correlação entre fatores genéticos e ambientais é clara. Mesmo que exista apenas um caso de autismo em uma família, estudos atuais demonstram que alguns parentes podem possuir características discretas, como que sub-sindrômicas, do Transtorno do Espectro Autista. 0,5% da população possui diagnóstico de TEA, sendo que dentre os pacientes acometidos, 75% possui deficiência mental associada, e as incidências apontam para um número de casos 5 vezes maior em meninos, quando estes são comparados às meninas⁶.

Mais de 10% das crianças no mundo possuem algum déficit do desenvolvimento, mas, ainda assim, confirmar o diagnóstico aos pais é uma tarefa que deve ser realizada com o máximo de cautela, privacidade, respeito e empatia. Constantemente a família vive lutos pela “perda” da criança saudável, busca por culpados e passa por revoltas, até chegar na fase de aceitação e reabilitação, quando as dificuldades devem dar lugar às possibilidades de manejo terapêutico do paciente. A família deve ser sempre muito bem amparada e orientada, para que a adesão ao tratamento seja integral e o prognóstico do autista seja cada vez melhor⁷.

A percepção precoce do quadro da criança pode ser feita por meio do uso do questionário M-CHAT, composto por 23 questões de fácil entendimento, que devem ser respondidas pelos pais ou cuidadores. Esse método é realizado apenas para a triagem, aplicado entre os 18 e 24 meses de idade, quando os sinais do TEA se tornam mais evidentes, e deve ser sempre associado às informações obtidas na anamnese e no exame físico. A criança que pontua no M-CHAT pode não apresentar o quadro clássico do autismo, mas pode ser detentora de algum outro atraso do desenvolvimento, o qual deve ser abordado e trabalhado^{8,9}. Além da aplicação de questionários, o profissional responsável pela criança deve estar atento às manifestações clínicas que esta possa apresentar, sendo possível detectar alterações gerais desde os primeiros meses de vida¹⁰.

Aos dois primeiros anos de vida, a criança com TEA não apresenta as estereotipias e fixações esperadas do autismo. O comum é apenas a ausência de comportamentos esperados para a idade. De zero a seis meses, por exemplo, seria esperado que o lactente adquirisse o sorriso social rapidamente; tivesse interesse em acompanhar os movimentos, a fala e os olhares de seus cuidadores; possuísse reação aos sons do ambiente, desenvolvesse tipos diferentes de choros e balbuciantos, explorasse as diferentes formas dos objetos e se atentasse à relação com a mãe no momento da amamentação. Em contrapartida, o lactente com TEA pode demorar mais a adquirir o sorriso social, prestar mais atenção a objetos do que a movimentos de seus cuidadores, ignorar ou apresentar pouca reação aos sons e às falas, tender ao silêncio, a gritos aleatórios e a choros indistintos, e pode, também, apresentar pouca atitude exploratória e possuir dificuldades de estabelecer vínculo com a mãe durante

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

o aleitamento^{1,5,10}.

De 6 a 12 meses, os marcos esperados para o desenvolvimento seriam os comportamentos antecipatórios e imitativos, o choro bem distinto, as risadas, a percepção do próprio nome, as relações de gritos e balbucios como se estivesse conversando, a aceitação da introdução da alimentação complementar e a interação social durante brincadeiras. Fatores de risco para o diagnóstico do autismo giram em torno do fato de a criança persistir com o choro indiferenciado, não possuir muitas expressões faciais, não agir como se conversasse, ignorar ou atender ao chamado apenas após a insistência ou o toque, precisar de ajuda para engajar nas brincadeiras e ter resistência a mudanças na alimentação^{1,3,10}.

Entre 12 e 18 meses, a criança dita “normal” possui a capacidade de demonstrar o que a interessa, fazer esboços de frases, ter um comportamento mais exploratório, amplo e variado, experimentar novas texturas, gostos e funções de objetos, além de brincar de faz-de-conta. A criança com Autismo tende a apresentar um grande atraso no aparecimento da fala e, quando presente, esta pode ser marcada por muita repetição e pouca autonomia. As expressões tendem a ser mais voltadas para a frustração, as brincadeiras costumam ser mais fixas, com pouca exploração, e há uma grande resistência a mudanças^{1,3,10}.

A faixa etária entre os 18 e 36 meses é marcada pelo mesmo atraso do desenvolvimento, com pouca interação social, iniciativas apenas em situações que apresentem ganho pessoal (como abrir caixas para pegar brinquedos), ecolalia, dificuldade de respostas gestuais como “sim” e “não”, pouca imitação do adulto, brincadeiras extremamente restritas ou repetitivas, desinteresse, frases fora do contexto, afastamento de outras crianças, resistência aos horários e aos cenários alimentares¹.

A família é presente em cada aspecto da intervenção da criança autista: as primeiras queixas, as primeiras percepções dos sintomas costumam estar ligadas a queixas trazidas pelos próprios cuidadores. A aceitação, o engajamento, a melhora do paciente está diretamente relacionada à dedicação das pessoas envolvidas. Estar com uma criança autista representa grandes desafios. A família tem uma mudança brusca de suas atividades rotineiras e de seu clima emocional. Todas as esferas familiares devem se adaptar à criança, seja a relação conjugal, a parental, ou a fraterna. A resiliência dos parentes deve ser desenvolvida, assim como a reestruturação de crenças e a confiança na rede de suporte profissional. O tratamento do paciente deve ser feito de forma integral, individual e multiprofissional, pois só assim as complexidades de demandas e inclusão podem ser supridas^{3,6}.

Todas as características portadas pelos pacientes com Autismo favorecem muito o isolamento contínuo¹¹. Pesquisas demonstram que proporcionar às crianças autistas o convívio com outras da mesma faixa etária possibilita muito o estímulo à interação, e serve

como modelo de socialização para todos os envolvidos: todos aprendem e convivem com as diferenças, desenvolvem tolerabilidade e empatia¹². A reestruturação curricular e a adaptação escolar são essenciais para a humanização do apoio ao autista, para a garantia à educação, à cidadania e à autonomia^{11,12}.

O autista é extremamente vulnerável à violação de seus direitos, mas estes estão previstos por leis específicas para pessoas com deficiências e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A garantia dos direitos de cidadania passa pela oferta de educação, assistência social, trabalho, transporte, habitação, saúde, esporte e lazer, o que certifica que todas as possibilidades de inclusão da pessoa com TEA devem ser abordadas. Nenhuma criança pode ser discriminada, nenhuma criança pode ser excluída da escola. A equipe designada ao cuidado contínuo da criança com Autismo deve zelar por disponibilizar os encaminhamentos necessários, ter cuidado, respeito e responsabilidade³.

Dentre as diversas formas de intervenção no desenvolvimento da criança, as mais utilizadas são o método TEACCH (tratamento e educação para crianças com autismo e com distúrbios correlatos da comunicação), o ABA (análise aplicada do comportamento), o PECS (sistema de comunicação através da troca de figuras) e a intervenção medicamentosa. O TEACCH leva em conta os pontos fortes e as dificuldades do autista, possibilitando um apoio individualizado: o ambiente é organizado com quadros e agendas, de forma a otimizar e facilitar para a criança a compreensão do que é esperado que ela faça².

O ABA tem como objetivo inserir novas propostas ao paciente, por etapas, para que este seja capaz de adquirir novas habilidades. O método é baseado no sistema recompensa, com a intenção de ensinar à criança como responder a diferentes estímulos. Todas as reações e conquistas são analisadas e trabalhadas para que a aceitação do progresso seja cada vez maior³.

O PECS, além de ser usado para crianças, também pode ser adaptado para adultos com TEA. De forma geral, o maior objetivo é o de desenvolvimento da capacidade de comunicação. O paciente submetido a este tratamento aprende que ao se comunicar, ele pode conseguir mais rapidamente aquilo que deseja².

Algumas outras abordagens têm sido testadas e, embora os resultados tenham sido divergentes para cada criança, a maioria dos pais relata a percepção do aumento da capacidade de relaxamento de todos os indivíduos envolvidos. Essas abordagens podem ser a musicoterapia, a assistência fonoaudiológica, a equoterapia, e o acesso à psicoterapia e à dança². Na questão medicamentosa, ainda não foram inventados fármacos específicos para o Transtorno do Espectro Autista, mas alguns psicofármacos podem ser indicados para o manejo de sintomas específicos que prejudicam a socialização do autista, como as estereotipias, a agressividade, a inquietude e os movimentos repetitivos³.

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

A família deve estar presente, ser ativa na intervenção do autista e assumir papel base no desenvolvimento deste, já que o tempo que a criança passa em casa é superior ao tempo gasto na escola e em demais terapias. Cabe ainda, aos familiares, informar às pessoas que convivem com o paciente sobre seus gostos, limitações, interesses e necessidades, além de serem fonte de zelo e carinho incondicional. A criança com apoio integral tende a ter uma melhora considerável em seu prognóstico, sendo capaz de adquirir melhores habilidades sociais e de autocuidado¹³.

5. CONCLUSÃO

O TEA é uma condição com crescente número diagnóstico em âmbito mundial. A criança autista beneficia-se muito com a abordagem precoce e o manejo interdisciplinar.

A inserção escolar representa papel importante na infância. O tratamento para crianças com TEA deve ser misto, individualizado, antecipado e com respeito à singularidade de cada paciente. A escola e os demais profissionais envolvidos têm obrigação de elaborar estratégias para que estes alunos interajam com os conteúdos ministrados e com as crianças ditas “típicas”.

O autista estimulado precocemente e de maneira correta tem excelente prognóstico apesar de a doença ainda não apresentar cura. A família é fonte de carinho e deve ser a referência de estabilidade emocional para o sucesso da abordagem da criança com dificuldades de interação social e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro autista (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- [2] Associação de Amigos do Autista (BR). Autismo: guia prático [internet]. AMA [2016]. Disponível em: <http://www.autismo.org.br/site/images/Downloads/Cartilha8aedio.pdf>
- [3] Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- [4] Sociedade Brasileira de Pediatria. Desenvolvimento, comportamento e a nova agenda do pediatra. SBP notícias. 2011; XIV(62): 14-17.
- [5] Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Triagem precoce para autismo/transtorno do espectro autista [internet]. SBP [2017 abril]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19464b-DocCient-Autismo.pdf
- [6] Andrade AA, Teodoro MLM. Família e autismo: uma revisão de literatura. Contextos Clínicos. 2012; 5(2): 133-42.
- [7] Miranda LP, Rosegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no ambulatório de pediatria. J Pediatr. 2003; 79(Supl 1): S33-S42.
- [8] Autism spectrum disorder [internet]. HealthyChildren [last updated 2018 april 26]. Disponível em www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/Autism/Pages/How-Doctors-Screen-for-Autism.asp.
- [9] Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, Newschaffer C, Robins DL, Wetherby A, Choueiri R, Kasari C, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, McPartland JC, Natowicz MR, Carter A, Granpeesheh D, Mailloux Z, Roley SS, Wagner S. Early screening of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. Pediatrics. 2015 Oct; 136(1): 41-61.
- [10] Oliveira G. Autismo: diagnóstico e orientação. Acta Pediatr Port. 2009; 40(6): 278-87.
- [11] Nunes DRP, Azevedo MQO, Schmidt C. Inclusão educacional de pessoas com autismo no Brasil: uma revisão de literatura. Rev Educação Especial. 2013; 26(47): 557-72.
- [12] Camargo SPH, Bosa CA. Competência social, inclusão social e autismo: revisão crítica da literatura. Psicologia e Sociedade. 2009; 21(1): 65-74.
- [13] Klin A. Autismo e síndrome de asperger: uma visão geral. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(Supl 1): S3-11.

DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO DE CRIANÇA DESDE OS 2 ANOS DE IDADE

BEHÇET'S DISEASE: A CASE REPORT OF CHILDREN SINCE THE 2 YEARS OF AGE

GABRIELLA DE FREITAS CARDOSO¹, ANDRÉ CLEMENTINO SANCHES BRANDÃO², YAGO HOLLANDA CAVALCANTI MENDES², LAYANDRA VITTÓRIA DE ASSIS², LUCAS DANIEL SCHUFFNER^{3*}

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES), Pós-graduada em Gestão e Serviços de Saúde, Graduada em Enfermagem pela UNIPAC; 2. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 3. Especialista e Médico da Saúde da Família e Comunidade, Médico Internista do Hospital Márcio Cunha, MG, Plantonista da UPA Ipatinga.

* Rua João Patrício de Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. luschuffner@hotmail.com.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença de Behçet ou síndrome de Behçet (SB) é uma doença de acometimento vascular, multissistêmica, de causa desconhecida. É caracterizada por úlceras orais recorrentes, úlceras genitais, lesões cutâneas e oculares, bem como lesões articulares, neurológicas e gastrointestinais. Predomina em adulto jovem, com idade média entre 25 e 30 anos. **RELATO DE CASO:** P.A.G., sexo masculino, 24 anos. Iniciou aos 2 anos com úlceras orais dolorosas, sendo diagnosticado como estomatite herpética. Após alguns anos, teve um quadro de desidratação e vômitos, com posterior diagnóstico de úlceras esofágicas. Na puberdade surgiram úlceras genitais e edema escrotal intercaladas com períodos assintomáticos. Aos 16 anos apresentou quadro de uveíte anterior e posterior, sendo tratado sem deixar sequelas. Em consulta com reumatologista, realizou exames específicos e o teste de Patergia veio positivo. Foi feito o diagnóstico da Doença de Behçet e o tratamento iniciado com Ciclosporina, Prednisona e Colchicina, reduzindo assim os sintomas. **DISCUSSÃO:** a SB é infrequente em idade pediátrica, e há relatos que pode ser causada por mecanismos imunológicos, genéticos e por agente infeccioso. Seu diagnóstico é clínico, baseado em classificação com manifestações maiores e menores. A doença é considerada benigna e autolimitada e pode acometer todos os sistemas. As manifestações oculares são comuns, onde a inflamação repetida pode levar à cegueira, que é a principal morbidade sequelar da síndrome. Úlceras aftosas orais representam a manifestação inicial. No TGI, ocorre formação de úlceras ao longo do tubo digestivo que podem se manifestar como dor abdominal, diarreia, hemorragia digestiva ou perfuração. No SNC qualquer estrutura é vulnerável. Pode ocorrer ainda epididimite, lesões cardíacas e pleuropulmonares, que são consideradas manifestações menores. **CONCLUSÃO:** a doença de Behçet é de difícil diagnóstico, pois os sintomas podem surgir separadamente e em idade não prevalente. Isso requer um olhar clínico crítico, pois quanto mais rápido o diagnóstico e o tratamento, melhor o prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Behçet, manifestação clínica, diagnóstico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Behçet's disease or Behçet's syndrome (SB) is a multisystem vascular disease of unknown cause. It is characterized by recurrent ulcers, genital ulcers, cutaneous and ocular lesions, as well as joint, neurological and gastrointestinal ulcers. It is predominantly young, with an average of 25 and 30 years. **CASE REPORT:** P.A.G., male, 24 years old. She started at 2 years of painful oral ulcers and was diagnosed as herpetic stomatitis. After a few years, he had a picture of dehydration and vomiting, with subsequent diagnosis of esophageal ulcers. At puberty, genital ulcers and scrotal edema appeared interspersed with asymptomatic periods. At the age of 16, he presented with anterior and posterior uveitis, being treated without sequelae. In consultation with a rheumatologist, he performed specific tests and the Patergia test was positive. The diagnosis of Behçet's Disease and the treatment initiated with Ciclosporin, Prednisone and Colchicine, was made, thus reducing the symptoms. **DISCUSSION:** SB is infrequent in pediatric age, and there are reports that can be caused by immunological mechanisms, genetic and by infectious agent. Its diagnosis is clinical, based on classification with major and minor manifestations. The disease is considered benign and self-limiting and can affect all systems. Ocular manifestations are common, where repeated inflammation can lead to blindness, which is the main sequelar morbidity of the syndrome. Oral aphthous ulcers represent the initial manifestation. In TGI, ulcers develop along the digestive tract that may manifest as abdominal pain, diarrhea, digestive hemorrhage or perforation. In the CNS any structure is vulnerable. There may also be epididymitis, cardiac and pleuropulmonary lesions, which are considered minor manifestations. **CONCLUSION:** Behçet's disease is difficult to diagnose, as symptoms may arise separately and at a non-prevalent age. This requires a critical clinical view, since the faster the diagnosis and treatment, the better the prognosis.

KEYWORDS: Behçet's disease, clinical manifestation, diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Ferrão *et al.* (2015), a doença de Behçet ou síndrome de Behçet (SB) é uma doença de acometimento vascular, multissistêmica, de causa desconhecida. É caracterizada por úlceras orais

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

recorrentes, úlceras genitais, lesões cutâneas e oculares, bem como lesões articulares, neurológicas e gastrointestinais. Predomina em adulto jovem, com idade média entre 25 e 30 anos, mais prevalente no sexo masculino^{1,2}.

É considerada rara em grande parte do mundo. Distribuição geográfica peculiar, coincidindo com os países da “Rota de Seda”, faixa que se estende da bacia do Mediterrâneo ao extremo Oriente. Em Portugal a prevalência é estimada de 2,4/100.000 casos. A Turquia apresenta as maiores prevalências, até 370/100.000 habitantes^{2,4}.

A etiologia é considerada desconhecida, mas acredita-se que ocorre devido a um processo autoimune desencadeado por uma infecção ou agente ambiental em indivíduos predispostos geneticamente. Tem sido associado à doença o alelo HLA-B51, localizado no cromossomo 6p².

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo através de uma revisão de prontuário do paciente que teve o diagnóstico de doença de Behçet. Primeiramente foi explicitado ao paciente o intuito do trabalho, sua importância e assinatura do TCLE. A coleta dos dados foi realizada exclusivamente pelos pesquisadores, por intermédio da análise das informações transcritas em prontuário do paciente, com especial atenção à preservação do sigilo destas informações.

Em seguida, foi realizada uma pesquisa bibliográfica da literatura nacional e internacional, abrangendo relatos de casos, estudo de casos, artigos de revisão, artigos originais e metanálises publicadas nos últimos cinco anos (de 2012 a 2017 e escritos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. A pesquisa foi realizada no sítio do PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>). Os artigos foram obtidos nas bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org>), LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

3. RELATO DE CASO

P.A.G., sexo masculino, 24 anos. Iniciou aos 2 anos com úlceras orais dolorosas, sendo diagnosticado como estomatite herpética. Após alguns anos, teve um quadro de desidratação e vômitos, com posterior diagnóstico de úlceras esofágicas. Na puberdade surgiram úlceras genitais e edema escrotal intercaladas com períodos assintomáticos. Aos 16 anos apresentou quadro de uveíte anterior e posterior, sendo tratado sem deixar sequelas. Em consulta com Reumatologista, realizou exames específicos e o teste de Patergia veio positivo. Foi feito o diagnóstico da Doença de Behçet e o tratamento iniciado com Ciclosporina, Prednisona e Colchicina, reduzindo assim os sintomas.

4. DISCUSSÃO

O diagnóstico é proposto por critérios clínicos, não havendo outro tipo de exame específico, excluindo necessidade laboratorial, histológica ou investigação de imagem; são necessários três dos seis critérios seguintes para se fazer o diagnóstico: três ou mais episódios de úlceras aftosas orais por ano; envolvimento cutâneo, sob a forma de foliculite necrótica, lesões acneiformes ou eritema nodoso; ulceração genital, tipicamente com cicatriz; sinais neurológicos e sinais vasculares, tais como: trombose venosa ou arterial ou aneurisma arterial; lesões oftalmológicas, com uveíte anterior ou posterior ou vasculite retiniana³. Além do teste de Patergia, que também é considerado um critério, corresponde a uma hiper-reatividade da pele em seguida a um trauma com agulha, sinal patognomônico, embora possa ser observado em casos de eritema elevatum diutinum, pioderma gangrenoso, síndrome de Sweet, Síndrome da alça cega⁵, como demonstrado na Figura 1.

1. Úlceras orais recorrentes (pelo menos três vezes no período de 12 meses)
2. Ulceração genital recorrente
3. Lesões oculares (uveíte anterior, uveíte posterior, células no vítreo ou vasculite retiniana)
4. Lesões cutâneas (eritema nodoso, pseudofoliculite, lesões papulopustulares ou acneiformes)
5. Teste de patergia positivo

Um paciente pode ser classificado como portador da síndrome de Behçet quando o critério 1 está presente, associado a quaisquer dois dos demais critérios, não necessariamente de forma simultânea.

Figura 1. Critérios de classificação da doença de Behçet (SB).
Fonte: International Study Group for Behçet's Disease (1990)⁶.

O tratamento visa o alívio dos sintomas e uma rápida resolução da inflamação, prevenindo ou limitando os danos teciduais, a frequência e gravidade dos episódios para evitar complicações². A escolha da terapêutica a utilizar faz-se de acordo com o órgão envolvido e a extensão e gravidade da doença e o melhor tratamento apenas pode ser planejado num modelo interdisciplinar².

A DB de acordo com Fernandes *et al.* (2017), é uma doença que não tem cura ainda descrita pela literatura, de curso incerto, com evolução intermitente entre surto e remissão, com um prognóstico variável entre os portadores³.

5. CONCLUSÃO

A doença de Behçet é de difícil diagnóstico, pois os sintomas podem surgir separadamente e em idade não prevalente. Isso requer um olhar clínico crítico, pois quanto mais rápido o diagnóstico e o tratamento, melhor o prognóstico.

REFERÊNCIAS

- [1] Ferrão C, Almeida I, Marinho A, *et al.* A nossa Regra de Ouro na Doença de Behçet: Tratar a manifestação clínica. Arquivos de Medicina 2015; 29(3):75-79.

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

- [2] Coutinho I, Dilva D, Ferreira I, Grima B, Lisboa M, Bernardo M et al. Doença de Behçet ocular: a nossa realidade. *Ver Bras Oftalmol* 2017; 76(4): 210-12.
- [3] Fernandes H, Silva CS, Casanova G, *et al.* Doença de Behçet – um desafio diagnóstico numa adolescente. *Nascer e Crescer: Birth and Growth Medical Journal* 2017; 26(4):240-242.
- [4] Neves FS, Moraes JCB, Gonçalves CR. Síndrome de Behçet: à Procura de Evidências. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(1):21-29.
- [5] Scherrer, MAR, de Castro LPF, Rocha VB, Pacheco L. Dermatoscopia no teste cutâneo da patergia: série de casos de pacientes com suspeita de Doença de Behçet. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2014; 54(6), 494-498.
- [6] Criteria for Diagnosis of Behcet's Disease International study group for Behcet's disease. *Lancet*.1990; 335(8697); 1078-1080.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU COM METÁSTASE OVARIANA: RELATO DE CASO**ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU WITH OVARIAN METASTASIS: CASE REPORT**

DEBORA SAMPAIO DE **OLIVEIRA**^{1*}, ANA CAROLINE SILVEIRA DE **ABREU**¹, BRUNA EVELLYN FREITAS DE **OLIVEIRA**¹, LUCAS D'ALMEIDA FRANCO¹, LUCIANO DE SOUZA **VIANA**²

1. Acadêmico de graduação do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor da Disciplina de Ética Médica do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior

* Rua Candinho, 299. Centro, Capelinha, Minas Gerais, Brasil. CEP: 39680-000. deborasa@icloud.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Adenocarcinoma Endocervical *in situ* (AIS) é uma lesão associada ao epitélio colunar e por definição não invade o estroma celular. A seguir relata-se o caso de uma paciente de 49 anos com história de histerectomia total em 2012 por miomatose uterina e AIS onde não se observaram sinais de invasão do estroma nos cortes estudados. Em 2016, detectou-se massa no ovário esquerdo sem outro sítio tumoral. Foi então realizada ooforectomia, cirurgia R0, com imuno-histoquímica compatível com adenocarcinoma primário do colo uterino, com hiperexpressão do marcador p16. Recebeu seis ciclos de quimioterapia adjuvante com regime de carboplatina associada à paclitaxel. Atualmente em seguimento trimestral e evoluindo sem evidência de doença em atividade. **RELATO DE CASO:** Paciente N.R.S, feminino, 49 anos. Em 2012, foi submetida à histerectomia total para tratamento de Miomatose uterina e Carcinoma *in situ* do Colo do Útero. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica foi compatível com: AIS no colo uterino, sem evidências de invasão do estroma. Desde então, encontrava-se em seguimento ginecológico habitual. Nos exames para acompanhamento realizados em 2016, encontrou-se formação arredondada com finas septações, em ovário esquerdo. A RM da Pelve evidenciou formação cística, com nível líquido-líquido, sugerindo conteúdo hemático e outro cisto localizado anteriormente ao cisto hemático, apresentando fino septo interno. Foi submetida a tratamento cirúrgico com ooforectomia bilateral. O quadro morfológico do anexo esquerdo foi compatível com Neoplasia Cística Mucínica. Com a hipótese de AIS com metástase ovariana, foi realizado estudo com marcador p16 que, se positivo, confirma a metástase ovariana de AIS do Colo Uterino. Diante disso, o marcador p16 foi positivo e a paciente foi submetida a re-estadiamento, sem evidência de acometimento secundário. Foi iniciado tratamento quimioterápico com

boa tolerância e ausência de toxicidade, completando-se seis ciclos. Paciente segue em acompanhamento, sem sinal de doença. **DISCUSSÃO:** As metástases que ocorrem tardiamente após histerectomia devido ao AIS são raras. Porém, casos atuais suportam o conceito de disseminação direta do epitélio neoplásico associado ao HPV do endocérvix ao trato genital superior, através do mecanismo transtubário de disseminação ou mecanismo retrógrado uterino. Esse padrão de propagação é incomum e parece estar associado a um prognóstico favorável. Nesses casos, observou-se a expressão difusa da p16 nos ovários metastáticos. Assim, sua detecção serve como marcador de infecção pelo HPV de alto risco e deve ser analisado juntamente com dados clínicos e patológicos. Isto evidencia um ponto chave neste projeto, que é a importância da interação dos métodos de análise por imagem e por histologia que auxiliaram a clínica no manejo da situação. **CONCLUSÃO:** Apesar da literatura escassa, o caso permite abordar questões inovadoras dentro da área da saúde. A importância do trabalho em conjunto merece ser evidenciado. É importante destacar que o AIS raramente da metástase por habitualmente não invadir o estroma adjacente. Contudo pode ocorrer, principalmente para os ovários. Para confirmar se essa segunda lesão trata-se de um novo carcinoma ou de uma metástase por adenocarcinoma é necessário realizar o teste imuno-histoquímico com marcador p16.

PALAVRAS-CHAVE: Metástase, Adenocarcinoma, p16, ovários.

REFERÊNCIAS

- [1] Ronnett BM, *et al.* Endocervical Adenocarcinomas With Ovarian Metastases: Analysis of 29 Cases With Emphasis on Minimally Invasive Cervical Tumors and the Ability of the Metastases to Simulate Primary Ovarian Neoplasms. *Am J Surg Pathol.* Baltimore, Md, 2008; 1835-1853.

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

- [2] Chang MC, *et al.* Case Report: Endocervical Adenocarcinoma In Situ With Ovarian Metastases: A Unique Variant With Potential for Long-term Survival. International Journal Of Gynecological Pathology. Baltimore, Md, 2009; 88-92.
- [3] Vang RMD, *et al.* P16 Expression in Primary Ovarian Mucinous and Endometrioid Tumors and Metastatic Adenocarcinomas in the Ovary: Utility for Identification of Metastatic HPV-Related Endocervical Adenocarcinomas. Am J Surg Pathol. Usa, 2007; 653-663.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ARTRITE REUMATÓIDE E SUAS MANIFESTAÇÕES SINTOMATOLÓGICAS NÃO ARTICULARES: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM TENDINOPATIAS

RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS NON-ARTICULAR SYMPTOMATOLOGICAL MANIFESTATIONS: THE IMPORTANCE OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN TENDINOPATHIES

ANA LUÍZA XAVIER **DRUMOND**^{1*}, AMANDA DE ALMEIDA **PRATES**¹, MARLON COSTA **FERREIRA**¹, ÚRSULA GAMA PIMENTA **MURTA**¹, RAMON TEODORO **SILVEIRA**², THIAGO BARRETO MAFRA **OLIVEIRA**³

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Universidade Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor, Disciplina Clínica Cirúrgica III do curso de Medicina da Universidade Instituto Metropolitano de Ensino Superior. 3. Médico Generalista, Residente em Ortopedia no Hospital Márcio Cunha.

* Avenida Presidente Kennedy, número 3000, casa 12, Bairro Vila Madeira, Nova Lima, Minas Gerais CEP: 34004-114. analuizax95@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A artrite reumatóide e sua inflamação crônica leva à hipertrofia de membrana sinovial que danifica tecidos moles (tendões, músculos), causando fraqueza muscular e consequente atrofia e perda de funcionalidade. Não é incomum que alterações clínicas clássicas não estejam presentes ao diagnóstico. O diagnóstico da AR depende da associação de sinais e sintomas clínicos, exames laboratoriais e radiográficos, sendo necessária a presença de pelo menos 4 dos seguintes fatores por pelo menos 6 semanas: rigidez articular matinal; artrite em pelo menos três áreas articulares; artrite de articulações das mãos; artrite simétrica; presença de nódulos reumatoides; presença de fator reumatoide no sangue; alterações radiográficas de mãos e punhos;

RELATO DE CASO: A.M.X.D., feminino, 45 anos, deu entrada na ortopedia com queixa de dor intensa de início súbito em ombro direito, sem relação com qualquer trauma prévio. Ao exame físico, evidenciou-se limitação dos movimentos do manguito rotador direito, levando à realização de radiografia da região, que não apresentava quaisquer alterações. Optou-se, então, pela ultrassonografia com doppler, que demonstrou ruptura transfixante de tendão supraespinhal com retração de coto intermediário e bursite. A paciente foi medicada (paracetamol 500mg + codeína 30mg) e encaminhada à realização de uma RM do ombro direito, que confirmou a rotura transfixante em toda a extensão do tendão supra-espinhal com atrofia do ventre muscular correspondente. Diante dos resultados dos exames de imagem e da clínica da paciente, o ortopedista optou pelo reparo cirúrgico. Devido à percepção perioperatória de degeneração difusa dos tendões, sugeriu-se a investigação clínica de

patologias reumatológicas. A paciente, então, revelou apresentar rigidez matinal em articulações, artralgia nos 2°, 3°, 4° e 5° dedos de ambas as mãos, punhos e ombros, o que evidenciou o acometimento poliarticular simétrico e levou ao diagnóstico de AR.

CONCLUSÃO: Apesar do diagnóstico de artrite reumatóide ser bem definido, pode-se deparar com sintomas inespecíficos, como o acometimento de partes moles. Portanto, o médico deve sempre se ater aos diagnósticos diferenciais na presença de tendinopatias. O tratamento cirúrgico tem como objetivo alívio das dores, melhora da função do membro, correção das deformidades incapacitantes, retardo do avanço da doença e prevenção das rupturas dos demais tendões. O seu sucesso requer que o paciente esteja bem informado e participe ativamente do processo de recuperação, além de uma equipe experiente para realizar a reabilitação aliada ao suporte e encorajamento dos amigos e familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Artrite reumatoide, ruptura espontânea, tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Caetano EB, Vieira LA, Andrade AM, *et al.* Mão reumatoide: um caso de sinovite crônica associado às rupturas tendinosas. Revista da Faculdade Ciências Médicas de Sorocaba. 2017; 19(1):40-42.
- [2] Goeldner I, Skare TL, Reason ITM, *et al.* Artrite Reumatoide: uma visão atual. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. 2011; 47(5):495-503.
- [3] Scheinberg M, Golmias R, Rollo, C. O uso de agentes biológicos no tratamento de artrite reumatoide. Revista Brasileira de Medicina. 2015; 72(9):403-413.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

DESFECHO CLÍNICO E CIRÚRGICO DE CRIANÇA CARDIOPATA NASCIDA A TERMO, PORTADORA DE TETRALOGIA DE FALLOT: RELATO DE CASO.

CLINICAL AND SURGICAL OUTCOME OF A CARDIOPATHIC TERM-BORN CHILD WITH FALLOT TETRALOGY: CASE REPORT.

ANDRÉ FRANÇA FONTES **CAL**¹, JOSEPH GUALBERTO **BICALHO**¹, LARISSA ANNE RUAS **CANGUSSU**¹, LISSA CARVALHO **WERNEQUE**¹, LÉA RACHE **GASPAR**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professor do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior

* Rua Cândido Portinari, 695, Cidade Nobre, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162-357. lea_rache@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A tetralogia de Fallot (TF) é a cardiopatia congênita cianótica mais comum. É caracterizada por 4 malformações: obstrução ventricular direita, defeito do septo ventricular, hipertrofia ventricular direita e dextroposição da artéria aorta. Estudos recentes favorecem a cirúrgica eletiva de correção precoce, na infância.

RELATO DE CASO: Lactente, masculino, com diagnóstico gestacional de TF, nascido em 17/02/2017, por parto cesariano, com idade gestacional de 39 semanas, Apgar de 8 e 9, peso ao nascimento de 3070 g e comprimento de 47,5 cm. Foi admitido em UTI neonatal para cuidados intensivos com oxigenação a 40%, apresentando saturação de O₂ (Sat pO₂) de 80%, com melhora a partir do 2º dia de hospitalização. Foi administrada prostaglandina (0,02 mcg/kg/m), mas suspensa no 5º dia após confirmação de fechamento do canal arterial. Foi monitorado com ecocardiograma no 1º, 4º e 8º dias de vida, que mostrou comunicação interventricular, estenose de valva pulmonar, hipoplasia de tronco e ramos pulmonares, dextroposição da artéria aorta (40%) e ausência de persistência do canal arterial. Aos 5 meses, paciente foi submetido à cirurgia corretiva da TF pela queda da Sat pO₂. No pós-operatório, evoluiu com discrasia sanguínea, insuficiência renal e choque cardiogênico, que resultou em falência de múltiplos órgãos e seu falecimento em 01/08/2017. **CONCLUSÃO:** A cirurgia de correção definitiva da TF realizada até o 1º ano de vida visa restaurar precocemente a fisiologia normal do coração e da circulação sanguínea. Esse procedimento permite manter uma Sat pO₂ satisfatória para o crescimento e desenvolvimento adequados dos pacientes. Entretanto, o per e pós-operatório da correção cirúrgica da TF também pode apresentar grandes possibilidades de complicações, principalmente em crianças pequenas, por se tratar de um procedimento extremamente agressivo.

PALAVRAS-CHAVE: Tetralogia de Fallot, cardiopatia, congênito, cirurgia, pediatria.

REFERÊNCIAS

- [1] Gosset JG, Kamp AN. Tetralogia de Fallot. Jan. Monografia - BMJ Best Practice. 2018.
- [2] Lacerda AA. *et al.* Tetralogia de Fallot: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos, Teresina. 2013; 1(1):50-57.
- [3] Neto FRM, Santos CCL, Moraes CRR. Correção intracardíaca da tetralogia de Fallot no primeiro ano de vida: resultados a curto e médio prazos. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, Recife. 2008; 23(2):216-223.
- [4] Sun G. *et al.* Primary repair of tetralogy of Fallot in infants: transatrial/transpulmonary or transventricular approach. Asian Journal of Surgery, China. 2013; 36(4):137-143.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

FOLLOW-UP DE PRÉ-ESCOLAR EXTREMAMENTE PREMATURO E DE EXTREMO BAIXO PESO AO NASCIMENTO: RELATO DE CASO

EXTREMELY PREMATURE AND EXTREME LOW BIRTH WEIGHT PRE-SCHOLAR FOLLOW-UP: CASE REPORT

JOSEPH GUALBERTO **BICALHO**¹, ANDRÉ FRANÇA FONTES **CAL**¹, LARISSA ANNE RUAS **CANGUSSU**¹, LISSA CARVALHO **WERNEQUE**¹, LÉA RACHE **GASPAR**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professor do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior

* Rua Cândido Portinari, 695, Cidade Nobre, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162-357. lea_rache@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Bebês prematuros têm maior índice de mortalidade que bebês à termo e podem apresentar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, levando à necessidade de um acompanhamento interdisciplinar.

RELATO DE CASO: C.F.L., masculino, nascido em 22/08/15, por parto vaginal, com 25 semanas de idade gestacional, prematuro extremo, peso ao nascimento de 710 g e Apgar 5 e 8, tendo realizado intubação orotraqueal na sala de parto. Recebeu 2 doses de surfactante. Permaneceu na UTI neonatal por 81 dias devido a distúrbio ventilatório, com inúmeras tentativas de extubação sem sucesso. Apresentou quadro de sepse neonatal precoce tratada e suspeita de sepse neonatal tardia, também tratada. Com 1 mês de vida, realizou toracotomia postero-lateral esquerda para fechamento de persistência de canal arterial. Obteve alta hospitalar, em uso de corticóide inalatório. Atualmente, com 2 anos e 7 meses, foi realizado o teste de desenvolvimento de Denver, em que o paciente não realiza 3 dos 4 critérios do quesito motor adaptativo e não realiza 2 dos 4 critérios de linguagem, confirmando haver atraso motor adaptativo e de linguagem em relação à faixa etária. Paciente foi encaminhado para avaliação e acompanhamento do serviço de terapia ocupacional e fonoaudiologia. **CONCLUSÃO:** Como a prematuridade extrema e o extremo baixo peso estão diretamente relacionados ao déficit de desenvolvimento cognitivo e ao atraso do desenvolvimento motor da criança, é imprescindível o seu acompanhamento multidisciplinar. Esse acompanhamento tem o intuito de detectar, prevenir e minimizar o comprometimento neuropsicomotor que essa criança venha a apresentar.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuridade, baixo peso, desenvolvimento, atraso neuropsicomotor, pediatria.

REFERÊNCIAS

- [1] Cabral TI, *et al.* Motor development and sensory processing: A comparative study between preterm and term infants. *Research in Developmental Disabilities*. 2015; 36:102-107.
- [2] Gomes ELFD, *et al.* Desenvolvimento motor em RN prematuros. *Ped. Mod.* 2015; 51(5):168-172.
- [3] Santos BB, *et al.* Perfil de recém-nascidos com extremo baixo peso em um município do nordeste brasileiro. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2016; 24(2).
- [4] Secretaria de Estado de Saúde. Manual de neonatologia. 1 ed. Ago. 2015
- [5] Vargas CL, Benedetti F.J, Weimann ARM. Crescimento de Prematuros Até os Dois Anos de Vida: Revisão Integrativa da Literatura. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba. 2017; 3(1):72-84.
- [6] Viana TP, Andrade ISN, Lopes ANM. Desenvolvimento cognitivo e linguagem em prematuros. *Audiol. Commun. Res.*, São Paulo. 2014; 19(1):1-6.
- [7] World Health Organization. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: WHO; 2017 [acesso em 16 de abril de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ESPOROTRICOSE LINFOCUTÂNEA DE EVOLUÇÃO TÍPICA ASSOCIADA A LESÕES CAUSADAS POR FELINO: RELATO DE CASO

LYMPHOCUTANEOUS SPOROTRICHOSIS OF TYPICAL EVOLUTION ASSOCIATED WITH INJURIES CAUSED BY FELINE: CASE REPORT

KELLY PAULA XAVIER¹, MARCELO DE SOUZA FRAGOSO SANT'ANA¹, MARIANE BARBOSA FINOTTI¹, YSADORA MAYUME BACELAR KASHIWABARA¹, VERA MÔNICA DE SOUZA², TATILIANA GERALDA BACELAR KASHIWABARA^{3*}

1. Acadêmico do curso de graduação em Medicina no Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES-UNIVAZO) – Ipatinga, MG; 2. Médica Alergologista; 3. Professora da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES-UNIVAZO) – Ipatinga, MG.

* Rua João Patrício de Araújo, número 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35.164-251. bacelarkashiwabara@bol.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: Esporotricose é uma infecção causada por fungos do gênero *Sporothrix*. Possui apresentação subaguda ou crônica, podendo acometer apenas o local da inoculação, chamada forma localizada, comprometer também o sistema linfático regional, caracterizando a forma linfocutânea ou disseminar-se para outros órgãos. Sua transmissão ocorre após trauma, comumente através de contato com galhos, restos de madeira ou arranhaduras e/ou mordedura de felinos infectados. Membros superiores e face são mais comumente acometidos.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 32 anos, procurou atendimento dermatológico com relato de "feridas que não cicatrizam" no punho direito. As lesões surgiram após sofrer arranhaduras do seu gato de estimação há, aproximadamente, 2 meses. Cerca de 20 dias após o acidente com o gato foi possível notar o surgimento de lesões de aspecto verrucoso no punho. Depois de 40 dias o quadro evoluiu com o surgimento de 5 lesões nodulares, edematosas e dolorosas em antebraço direito seguindo trajeto linfático. Nega febre durante esse período e fez uso de Cefalexina com pequena melhora clínica. Diante do relato da paciente, dos sinais e sintomas foi possível levantar a hipótese diagnóstica de esporotricose e iniciar um novo esquema terapêutico com Itraconazol com importante melhora do quadro.

DISCUSSÃO: A forma linfocutânea é a mais comum da doença e tem seu início com uma única lesão nodular ou ulcerada no local da inoculação, no caso descrito, local da arranhadura, com posterior acometimento do trajeto linfático, com pequenas nodulações indolores que podem ou não ulcerar e drenar. Por muitas vezes se tratar de um ferimento não responsivo a tratamentos convencionais e aspecto variado, é necessário estabelecer diagnósticos diferenciais principalmente com Leishmaniose Tegumentar Americana, piodermite e micobacterioses atípicas. Porém as feridas dolorosas, ausência de exposição a outros agentes, falência de tratamentos mais específicos e história de contato traumático com felinos

pendem a hipótese diagnóstica para a micose.

CONCLUSÃO: A Esporotricose foi observada pela primeira vez em 1898 e acomete não só humanos, como também caninos e felinos, principalmente. Tem seus picos epidemiológicos em países predominantemente tropicais, de clima quente e úmido e é considerada a micose subcutânea mais comum da América Latina, sendo a maior epidemia relacionada ao estado do Rio de Janeiro, quando a Fundação Oswaldo Cruz registrou 759 casos em pessoas e 1503 em gatos. Mas ainda é uma doença subdiagnosticada e muitas vezes esquecida nas hipóteses de generalistas e especialistas. Mesmo que casos fatais sejam raros e frequentemente relacionados a indivíduos imunocomprometidos e infecções secundárias, uma maior atenção à sua existência e conhecimento de seu curso, pode evitar o uso desnecessário de medicações e exames e atraso em iniciar tratamento adequado, que causam oneração ao sistema de saúde e sofrimento ao portador.

PALAVRAS-CHAVE: Esporotricose, Linfocutânea, micose, profunda, felino.

REFERÊNCIAS

- [1] Cardoso R, Lima FT, Teixeira DAM. Esporotricose cutânea: a propósito de um caso clínico. *Millenium*. 2015; (48):211-15.
- [2] Castro VB, Portela C, Oliveira MC, *et al*. Esporotricose e seu polimorfismo clínico: um caso com lesões ulceradas na região centro facial em paciente adulto. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*. 2018; 76(1):87-90.
- [3] Orofino-Costa R, Macedo PM, Rodrigues AM, *et al*. Esporotricose: atualização epidemiológica, etiopatogênica, laboratorial e clínico-terapêutica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2017; 92(5):606-20.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

A IMPORTÂNCIA DO APOIO MULTIDISCIPLINAR E FAMILIAR NO MANEJO DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO

THE IMPORTANCE OF MULTIDISCIPLINARY AND FAMILY SUPPORT IN THE MANAGEMENT OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: A CASE REPORT

ELISA BENETTI DE PAIVA **MACIEL**^{1*}, BÁRBARA CÂNDIDA ALVES PEREIRA DE **ARRUDA**¹, LUIZ FLÁVIO FERREIRA **FIGO**¹, JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO **BARROS**¹, MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, SILVIA BASTOS **HERINGER-WALTHER**²

1. Discente do curso de graduação de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES; 2. Professor Doutor, da disciplina Medicina de Família e Comunidade do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES.

* IMES – Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35.164-251. elisa.benetti@hotmail.com

RESUMO

RESUMO: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma patologia que tem sido cada vez mais encontrada nos consultórios pediátricos. A abordagem da criança portadora deve ser realizada de forma multidisciplinar e associada ao apoio e à orientação familiar.

INTRODUÇÃO: A interação entre os setores de saúde e educação influenciam de forma extremamente positiva a qualidade de vida da criança. As escolas devem ser ambientes saudáveis de promoção à saúde e auxílio no ajustamento da criança com dificuldades de socialização e aprendizagem, sendo que, com frequência, são fonte de detecção de transtornos comportamentais. **RELATO DE CASO:** Menina, 5 anos, há 36 meses apresentava ecolalia, atraso motor e cognitivo, difícil socialização, contato ocular ausente, fase oral postergada, crises nervosas, comprometimento grave em linguagem e atividades de vida diária. Diagnosticada com autismo moderado pelo neuropediatra, cariótipo e tomografia de crânio sem anomalias estruturais. Iniciou tratamento com Risperidona 1mg/mL (0,5mL pela manhã e 0,5mL à noite), terapia comportamental com pedagogo, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. Na escola, iniciou acompanhamento individual, especializado e personalizado baseado no método TEACCH (Treatment and of Autistic and Related Communication Handicapped Children), e atendimento na sala de recursos da Atenção Educacional Especializada (AEE). Em casa, foi implantada rotina visual baseada em pareamento, estímulo/recompensa e protocolos de Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Houve melhora significativa em todas as áreas. **DISCUSSÃO:** O tratamento para crianças com TEA é interdisciplinar, individualizado, precocemente e com respeito à singularidade de cada paciente. A escola e os demais profissionais envolvidos têm obrigação de elaborar estratégias para que estes alunos interajam com os conteúdos ministrados e com as crianças ditas típicas. A

família deve estar presente, ser ativa na intervenção do autista e assumir papel base no desenvolvimento deste, já que o tempo que a criança passa em casa é superior ao tempo gasto na escola e em demais terapias. Cabe ainda, aos familiares, informar às pessoas que convivem com a criança sobre seus gostos, limitações, interesses e necessidades, além de serem fonte de zelo e carinho incondicional. Tratamentos alternativos devem ser considerados para os portadores do TEA, como a musicoterapia e as atividades físicas, práticas que estimulam a autonomia e a interação social. O autista estimulado precocemente e de maneira correta tem excelente prognóstico apesar de a doença ainda não apresentar cura. **CONCLUSÃO:** A inserção escolar representa papel importante na vida das crianças. O pouco desempenho, os problemas de aprendizagem e os transtornos comportamentais e emocionais devem ser encaminhados ao serviço de saúde para a detecção precoce de possíveis condições orgânicas e a exclusão de diagnósticos equivocados.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo, atenção multidisciplinar, criança, apoio familiar.

REFERÊNCIAS

- [1] American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Artmed Editora. 2014.
- [2] Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ *et al.* Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Research*. 2012; 5(3):160–179. <http://doi.org/10.1002/aur.239>
- [3] Fonseca SA, Missel A. Autismo: auxílio ao desenvolvimento antecipadamente. *Revista De Pós-Graduação: Desafios Contemporâneos*. 2014; 1(1):83-99.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE REALIZADO POR PALPAÇÃO DE PULSOS ASSIMÉTRICOS: RELATO DE CASO

DIAGNOSIS OF ASCENDING AORTIC ANEURYSM PERFORMED BY PALPATION OF ASYMMETRIC PULSES: CASE REPORT

DANIELA GONZALEZ MENDES¹, ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL¹, ISADORA ERVILHA BARROS^{1*}, LORENA CORRIERI PRAÇA FIGUEIREDO¹, DIEGO EMMANUELL RIBEIRO REIS²

1. Discente do curso de graduação de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES; 2. Docente de Semiologia Médica do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço - IMES.

* IMES – Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35.164-251. isadoraervilha@hotmail.com

RESUMO

RESUMO: O reconhecimento de aneurisma de aorta, por meio do conhecimento do quadro clínico e de sua história natural são importantes para a identificação e tratamento adequado das principais afecções da aorta, visto que estas apresentam elevada morbimortalidade.

INTRODUÇÃO: A doença aneurismática é a segunda doença aórtica mais frequente, precedida apenas pela doença obstrutiva aterosclerótica. Os aneurismas envolvendo a aorta torácica representam um terço de todos os aneurismas deste vaso sanguíneo, com uma incidência anual estimada em 5,9 casos por 100.000 pessoas/ano e que têm aumentado nas duas últimas décadas. Apresentando um pico de incidência na sexta e sétima décadas de vida, com proporção de 2 a 4 homens para 1 mulher. Esta patologia apresenta caráter progressivo, com aumento gradual do diâmetro aneurismático e consequente risco de ruptura, tornando-se essencial a avaliação rigorosa dos pacientes.

RELATO DE CASO: ARR, 81 anos, sexo masculino, deu entrada ao PA com queixa de “peito chiando” e dispneia recorrente, com piora no dia anterior. Hipertenso, dislipidêmico, quadro de AVC há 9 meses, em uso de Losartana 50mg, Anlodipino 50 mg, Marevan 2,5mg e Sinvastatina 20mg. Ao exame físico: PA MSD: 150/80mmHg e MSE: 140/80mmHg. AR: MVUA com sibilos difusos. SatO₂: 98%, FC: 69bpm, pulsos radiais simétricos. À medida broncodilatadora e radiografia de tórax: alargamento do mediastino, campos pleuropulmonares livres. Nova aferição da PA MSD: 165x80mmHg e MSE: 125x80mmHg, internação para propedêutica de urgência. TC de tórax: aumento da área cardíaca, aorta torácica tortuosa (6,5cm). ECG: ritmo irregular, extrassístole ventricular, desvio de eixo para esquerda. ECO: FE 62%, cardiopatia segmentar VE (acinesia de segmentos basal, médio e lateral, aumento biatrial), aneurisma de aorta ascendente 5,6cm. Apresentando aneurisma de aorta torácica como hipótese diagnóstica, com

indicação de angiotomografia. **CONCLUSÃO:** Apesar do quadro de aneurisma de aorta ascendente não ser tão popular, a dificuldade diagnóstica e a variedade de sintomas apresentados pelos pacientes marcam a necessidade de revisão de literatura acerca das doenças da aorta. Como fator principal, podemos citar o fato da clínica ser altamente influenciada pela hipertensão arterial sistêmica, uma das patologias crônicas mais presentes na população brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Aneurisma, Aneurisma Aórtico, epidemiologia, diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- [1] Erbel R, Aboyans V, Boileau C, *et al.* 2014 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases. Eur Heart J. 2014; 35:2873–2926.
- [2] Parodi J, Berguer R, Carrascosa P, *et al.* Sources of error in the measurement of aortic diameter in computed tomography scans. J Vasc Surg. 2014; 59(1):74–79.
- [3] Rimbau V, Böckler D, Brunkwall J, *et al.* Management of Descending Thoracic Aorta Diseases: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2017; 53:4–52.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO UTERINO EM GESTANTE COM 37 SEMANAS DE GESTAÇÃO

DIAGNOSIS OF UTERINE COLUMN CANCER IN PREGNANT WITH 37 WEEKS OF PREGNANCY

IZABELA DA SILVA **MELO**¹, LUANA DE ALMEIDA ALBINO **GONÇALVES**¹, LUCAS OTÁVIO DE MORAIS **LAGE**¹, NATHALIA BARROSO **COELHO**¹, RICARDO CYSNE **RODRIGUES**², LAÍSS ALBINO DE ALMEIDA **GONÇALVES**^{3*}

1. Acadêmicos do curso de graduação de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Médico ginecologista do Hospital Márcio Cunha
3. Médica generalista do PSF Nacip Mahmud Lauar.

* Rua Sebastiana Dias da Silva 130, Jacinta Ambrosina, Setubinha, Minas Gerais, Brasil. CEP: 39688-000. lalbinogoncalves@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Brasil, estima-se para os anos de 2018/2019 o aparecimento de 16.370 novos casos de câncer (CA) de colo uterino segundo o INCA 2018. incidência deste CA na gravidez é de cerca de 1:1.000 gestantes, isso pode ser explicado pelo aumento da idade de início da reprodução pelas mulheres; **RELATO DE CASO:** Gestante, 30 anos, IG de 36 semanas e 5 dias, G2PN1A0, adentra o PA com queixa de sangramento genital há 1 dia, com história de sangramento há 2 meses. Nega comorbidades. Refere exame colpocitológico normal há 2 anos. Ao exame físico: PA:100x60mmHg; BCF: 144bpm; ausência de dinâmica uterina. Ao exame especular: colo fechado, hipertrófico com lesões vegetantes, friáveis e sangrantes. Propedêutica: USG obstétrico com doppler: ILA:4,2 e ausência de centralização fetal. HD: oligodramnio. Câncer de colo uterino? Conduta: biopsia de colo uterino, tampão vaginal, internação para tratamento clínico de oligodramnio e avaliar necessidade de interrupção da gestação. Solicitado adiantamento do laudo da biopsia para confirmar HD e realizar conduta definitiva no momento do parto, porém a confirmação da neoplasia se deu apenas por contato telefônico com patologista após 4 dias. Solicitado USG abdome total e RM de pelve (tentativa de estadiamento) sem tempo para realização. No dia seguinte evoluiu para trabalho de parto, sendo encaminhada para cesárea de urgência. A histerectomia não foi realizada devido ausência de diagnóstico definitivo (laudo) de neoplasia invasora. Paciente recebeu alta (puerpério fisiológico) e foi encaminhada ao centro oncológico para seguimento. **DISCUSSÃO:** O câncer de colo uterino é causado principalmente pelo papilomavírus humano (HPV) que são vírus não encapsulados que infectam a superfície dos epitélios e mucosas, podendo ficar latentes nesses tecidos. São mais de 100 tipos de HPV sendo os de sorotipo 16 e 18 responsáveis por 70% dos casos cânceres genitais e os

6 e 11 os principais causadores de condilomas acuminados. O exame colpocitológico (Papanicolau) é importante para o diagnóstico precoce além de ser eficiente, de baixo custo e fácil aplicação às grandes populações. De acordo com o Ministério da saúde não se pode perder a oportunidade de rastrear o CA de colo uterino nas gestantes. **CONCLUSÃO:** Conclui-se necessário a realização da colpocitologia como forma de rastreio do câncer de colo uterino durante o pré-natal, uma vez que as gestantes apresentam chance três vezes maior de terem diagnóstico da lesão em estadio inicial do que os controles, pois nesse período os exames vaginais são mais frequentes. Sendo o pré-natal para muitas mulheres em idade reprodutiva o único contato com o serviço de saúde, é indicado realizar o exame já nas primeiras consultas, sob recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de colo uterino, gestação, HPV, colpocitologia oncológica.

REFERÊNCIAS

- [1] Cordeiro CN, Gemignani ML. Gynecologic Malignancies in Pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2017; 72(3):184-193.
- [2] Leto MGP, Júnior, GFS, Porro AM, et al. Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. *An Bras Dermatol*. 2011; 86(2):306-17.
- [3] Silva AP, Venancio TT, Alves RRF. Câncer ginecológico e gravidez: uma revisão sistematizada direcionada para obstetras. *Femina, Goiania*. 2015; 3(43):112-118.
- [4] Pereyra, EAG, Parellada CI. HPV Livro: 5. HPV nas Mulheres. [acesso 13 de abril de 2018]. Disponível em: <http://hpvinfo.com.br/hpv-livro-5-hpv-nas-mulheres/>.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

**CARCINOMA SARCOMATÓIDE DE BEXIGA EM
PACIENTE DE 43 ANOS SEM HISTÓRIA PRÉVIA DE
TABAGISMO E FATORES PREDISPONENTES****CARCINOMA SARCOMATÓIDE OF BLADDER IN PATIENT OF 43 YEARS WITHOUT
PREVIOUS HISTORY OF TOBAGISM AND PREDISPONENT FACTORS**

LUANA DE ALMEIDA ALBINO **GONÇALVES**¹, FELIPE MAGALHÃES **CÂMARA**², JOSÉ HENRIQUE DALLACQUA **SANTIAGO**³, LAÍSS ALBINO DE ALMEIDA **GONÇALVES**⁴, MATHEUS MACIEL **BRAGA**⁵, ROGÉRIO SAINT-CLAIR PIMENTEL **MAFRA**^{6*}

1. Acadêmica do curso de graduação de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Médico cirurgião geral e urologista. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia-SBU. Assistente adjunto do serviço de Urologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Preceptor da Residência Médica em urologia no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte; 3. Médico cirurgião geral e urologista; 4. Médica generalista do PSF Nacip Mahmud Lauar; 5. Médico cirurgião geral e urologista; 6. Médico cirurgião geral e urologista. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia-SBU. Membro da American Urological Association-AUA. Mestre em Medicina. Doutor em Medicina. Assistente adjunto do serviço de Urologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Preceptor da Residência Médica em urologia no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. Professor Titular da Faculdade de Medicina- FAMINAS-BH. Coordenador do curso de Medicina da Universidade de Itaúna.

* Serviço de Urologia – 4º andar ala C. Avenida Francisco Sales, 1111, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil CEP: 30150-220. rogerioscm@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: O carcinoma sarcomatóide de bexiga é uma entidade rara de neoplasia vesical agressiva, ocorrendo frequentemente em pacientes idosos e tabagistas longa data. É um tumor bifásico, contendo células malignas epiteliais (Carcinoma) e elementos mesenquimais (Sarcomatóide). Sua incidência é de 0,3%. **RELATO DE CASO:** Paciente de 43 anos, internado por hematuria macroscópica intermitente com início há 30 dias, após trauma lombar. Realizou TC de abdome e pelve: ausência de lesões renais e imagem em subtração em área de bexiga. Hb: 4.3g/dl, recebendo 600ml de concentrado de hemácias e submetido a ressecção transuretral da lesão vesical. Exame cistoscópico: múltiplas lesões em parede lateral esquerda e cúpula vesical sendo as mesmas ressecadas. O paciente evoluiu com melhora da hematuria recebendo alta hospitalar. O anatomopatológico das lesões: proliferações fusocelulares em parede lateral da bexiga podendo corresponder a processos neoplásicos invadindo camada muscular. Estudo imunohistoquímico: positivo para VIMETINA, AE1A3 e EMA. Reinternou e foi submetido a cistoprostatectomia radical, linfadenectomia pélvica e reconstrução do trânsito urinário com conduto ileal incontinente. O anatomopatológico das peças: carcinoma sarcomatóide de bexiga. Hoje acompanhado pela equipe de urologia e oncologia. **DISCUSSÃO:** No carcinoma sarcomatoide de bexiga a etiologia ainda não é clara, mas há relação com tabagismo e história de radioterapia e uso de agentes quimioterápicos, como ciclofosfamida. Sua apresentação é indistinguível do carcinoma urotelial, sendo seus principais sintomas a

hematuria macroscópica intermitente, disúria, noctúria, dor abdominal e retenção urinária aguda. O diagnóstico é feito após ressecção transuretral da lesão vesical. O material anatomopatológico pode ser analisado por meio de microscopia ótica e com o auxílio da imunohistoquímica. A principal forma de tratamento permanece a cistectomia radical. **CONCLUSÃO:** No presente relato de caso, observa-se que a idade de aparecimento da neoplasia foi muito precoce, e o paciente não tinha em seu histórico a presença de tabagismo e de outros fatores predisponentes a essa neoplasia, sendo assim distinguindo do padrão comum de apresentação da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma Sarcomatóide, Bexiga, Carcinosarcoma, Sarcomatoid Carcinoma, Bladder.

REFERÊNCIAS

- [1] Basibuyuk I, Topaktas R, Elbir F. Bladder carcinosarcoma: A case report with review of the literature. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. 2017; 89(3):240-242.
- [2] Robinson SP, Faroog A, Laniado, *et al*. The demographic features, clinical outcomes, prognosis and treatment options for patients with sarcomatoid carcinoma of the urinary bladder: a single centre experience. *International Braz J Urol*, 2018, 44(1):45-52.
- [3] Wang J, Giles C, Kunadharaju R, Taimon GA, Enke C. Sarcomatoid urothelial carcinoma: a single center experience. *World Journal of Oncology*. 2011; 2(4):175-180.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

DERRAME PERICÁRDICO PANCARDÍACO IMPORTANTE DECORRENTE DE HIPOTIREOIDISMO: RELATO DE CASO

IMPORTANT PANCARDIAC PERICARDIAL SPILL FROM HYPOTIREOIDISM: CASE REPORT

ANA LUÍSA DRUMOND **CORRÊA**¹, LUISA MARÇAL DE **PAULA**¹, MAÍSA MARQUES **BARROS**¹,
THAÍS CARREIRO DE **MORAIS**^{1*}, VINÍCIUS LUCIO **SOUSA**²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço; 2. Médico do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte.

* Rua João Monlevade, nº 712, apto 301, Cidade Nobre, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162-378. tata_cmorais@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O hipotireoidismo caracteriza-se pela produção insuficiente de hormônios tireoidianos¹. É uma doença sistêmica que normalmente manifesta-se com sintomas amplos, como sonolência, perda de memória, fadiga, intolerância ao frio, ganho de peso, podendo também levar a um comprometimento cardíaco². **RELATO DE CASO:** Feminina, 50 anos, com queixa de há 1 mês dois episódios de desmaio, vertigem rotatória, cansaço, associado a quadro de hipoglicemia matinal frequente, sem ganho ponderal, queda de cabelo, unhas quebradiças e edema MMII. Refere face edemaciada e pele seca. Procurou atendimento na UBS, tendo realizado ECG com RCR, amplitude reduzida em derivações periféricas e precordiais; sem onda “p” identificável (devido interferência), bradicardia sinusal. Transferida para Santa Casa BH para propedêutica. ECOT: FEVE 68%, VE espessura normal, contratilidade homogênea, sem déficits segmentares, septo interatrial exibe movimentação anômala (secundária a derrame pericárdico volumoso). O pericárdio encontra-se espesso e exibe derrame pericárdico pancardíaco em grau importante, sugerindo restrição diastólica. Solicitado TSH, resultado 109,65. Iniciado Levotiroxina e Corticoterapia. Apresentando boa evolução, assintomática, com regressão importante do derrame pericárdico. Recebe alta em bom estado geral.

CONCLUSÃO: O hipotireoidismo está entre as causas raras de doença pericárdica³. O derrame pericárdico associado ao hipotireoidismo no passado era considerado uma complicação relativamente comum, todavia, ultimamente é pouco frequente e incomum causar sintomas. O diagnóstico é realizado com a dosagem do TSH (elevado), associado ao ecocardiograma evidenciando derrame pericárdico maciço, permitindo a associação entre esses dois eventos². O tratamento consiste no uso de

Levotiroxina, que geralmente é suficiente para a resolução da do derrame pericárdico³.

PALAVRAS-CHAVE: Hipotireoidismo, derrame pericárdico, Levotiroxina.

REFERÊNCIAS

- [1] Moraes SR. *et al.* Hipotireoidismo em pacientes do SUS no município de Vassouras/RJ. Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa. 2017; 1(2)
- [2] Thirone ACP, Danieli RV, Ribeiro VMFC. Derrame pericárdico maciço como manifestação inicial do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2012; 56(6):383-387.
- [3] De Faria Stamm AMN, *et al.* Derrame pericárdico volumoso secundário ao hipotireoidismo primário. Moreira Jr. 2013.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

DIAGNÓSTICO DE COLESTASE INTRA-HEPÁTICA EM PACIENTE DE 28 ANOS POR USO INADVERTIDO DE ANABOLIZANTE ESTANOZOLOL: RELATO DE CASO

INTRAHEPATIC CHOLESTASIS DIAGNOSIS IN A 28-YEAR-OLD PATIENT BY INADVERTENT USE OF ANABOLIZANT ESTANOZOLOL: CASE REPORT

LUCAS OTÁVIO DE MORAIS **LAGE**¹, MARIANA SOUZA CALHEIRA **PEREIRA**¹, PATRÍCIA MORAIS DE **CARVALHO**¹, THAYS DE OLIVEIRA **ROCHA**^{1*}, VICENTE PAULO BRANDÃO **RAPOSO**²

1. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço; 2. Professor da disciplina de Semiologia Médica do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço.

* Rua Paraíba, 189, apto 6, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30130-140. th_rocha1@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Cada vez mais tem-se utilizado esteroides anabolizantes, com intuito de aumentar a massa muscular, sem acompanhamento médico. Nesse caso, muitos apresentam efeitos adversos, sendo os mais comuns: supressão da secreção endógena de testosterona, virilização, ginecomastia e hepatotoxicidade. **RELATO DE CASO:** Paciente, masculino, 28 anos, previamente hígido, apresentou icterícia em esclera e pele duas semanas após o uso do Estanozolol (Winstrol®) injetável (50-100mg/dia) em dias alternados por 43 dias sem prescrição médica para aumento da massa muscular. Apresentou também náuseas, prurido, urina muito amarelada e acolia fecal. Associou-se Enantato de testosterona (Landerlan®) injetável (250-375mg/dia). Não utilizou bebida alcoólica ou outras drogas durante o uso do anabolizante. A única alteração ao exame físico foi a icterícia. Nos exames complementares hemograma e ultrassom não apresentaram nenhuma alteração. Provas de função hepática apresentaram os seguintes resultados: TGO/TGP 60/65 UI/L, GGT 45 UI/L, FA 289 UI/L, Bilirrubina total 29,14 mg/dl, sendo 5,31 mg/dl indireta e 23,81 mg/dl direta. Metabolismo de ferro normal. Sorologia viral (HAV, HBV, HCV) foram negativos, assim como as dosagens de anticorpos auto-imunes (ASMA, AMA, HEP2). CRNM normal. RM abdome com leve hepatoesplenomegalia. **CONCLUSÃO:** A crescente preocupação pela forma estética tem levado muitas pessoas, principalmente jovens, a usar recursos estéticos invasivos. O emprego de esteroides anabolizantes para hipertrofia muscular, sem orientação médica e de forma indiscriminada, pode levar a hepatotoxicidade. Mediante o exposto, faz-se necessário alertar essa população para prováveis acometimentos relativos ao uso dessas substâncias.

PALAVRAS-CHAVE: Icterícia, hiperbilirrubinemia, anabolizante, colangite.

REFERÊNCIAS

- [1] Dartoral WJ. *et al.* O uso abusivo de esteroides anabolizantes como um problema de Saúde Pública. Rev Cuid, 2014. [acesso 24 de julho 2015]. Disponível em: <https://col128.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mggQrTIUwv5RGCjWw75afaHg2&fo lderid=flinbox&attindex=7&cp=-1&attdepth=7&n=18154054>.
- [2] Ferreira NAF. *et al.* Study of the effects caused by the use of anabolic Stanozolol. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2014. [acesso 24 de julho 2015]. Disponível em: <https://col128.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mggQrTIUwv5RGCjWw75afaHg2&fo lderid=flinbox&attindex=2&cp=-1&attdepth=2&n=64421397>.
- [3] Gómez-Rubio J. *et al.* Hepatotoxicidad inducida por estanozolol. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva, 2014. [acesso 24 de julho 2015]. Disponível em: http://www.sapd.es/revista/article.php?file=vol37_n1/07.
- [4] Yoshida EM. *et al.* At what price, glory? Severe cholestasis and acute renal failure in an athlete abusing stanozolol. Can Med Assoc, 1994. [acesso 24 julho 2015]. Disponível em: <https://col128.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mggQrTIUwv5RGCjWw75afaHg2&fo lderid=flinbox&attindex=5&cp=-1&attdepth=5&n=16251874>.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

NEUROCRIPTOCOCOSE DIAGNOSTICADA EM GESTANTE IMUNODEPRIMIDA APÓS QUADRO DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

NEUROCRYPTOCOCHOSIS DIAGNOSED IN IMMEDIATE PREDICATE AFTER INTRACRANIAN HYPERTENSION FRAME

NATHALIA BARROSO **COELHO**¹, IZABELA DA SILVA **MELO**¹, LANA L. CAMARGO **LEITE**¹, LUANA DE ALMEIDA ALBINO **GONÇALVES**¹, CAMILA FONSECA **BARROS**², FABRICIO MELO **NASCIMENTO**^{3*}

1. Acadêmicas do curso de graduação de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Médica ginecologista do Hospital Márcio Cunha e discente do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 3. Médico no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

* Avenida Belém 254, apto 303, Sagrada Família, Nova Serrana, Minas Gerais. CEP: 35519-000. fabriciomelomelo@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A neurocriptococose é causada pelo fungo *Cryptococcus neoformans* que apresenta tropismo pelo sistema nervoso (SN) em caso de imunossupressão e em 50% dos casos desenvolve hipertensão intracraniana (HIC), contribuindo, significativamente, com o aumento da morbimortalidade. **RELATO DE CASO:** Primigesta, IG 26s, adentra o PS queixando cefaleia occipital, periorbital, fotofobia e nalgia há 1 semana. Hipertensa crônica em uso de metildopa. Ao exame: AC e AR normais, PA 150x100 mmHg, BCF 148bpm, MF positivo, toque vaginal evitado. Solicitado propedêutica HELLP e USG obstétrico: sem alterações. HD: DHEG? CD: internação, avaliação de curva pressórica e parecer neurológico. Após 2 dias: neurologia questiona papiledema. HD: hipertensão intracraniana. CD: Angio RM venosa cerebral sem contraste e avaliação oftalmológica. No dia seguinte: oftalmologia confirma papiledema bilateral. Nos próximos 2 dias realizado RM: difícil conclusão pela ausência de contraste, porém sem evidências de trombose de seio dural. Punção lombar: liquor com presença de *Cryptococcus*. HD: Emissão de eclampsia? Neurocriptococose. CD: iniciado anfotericina B e solicitado teste HIV. Após 5 dias: USG obstétrico apresenta oligodramnio. CD: optado por acompanhamento devido à imaturidade fetal. **DISCUSSÃO:** A infecção pelo HIV leva a baixa resposta imunológica e a longo prazo ao desenvolvimento da SIDA com a consequente ocorrência de doenças oportunistas como a criptococose. A meningoencefalite criptocócica é caracterizada pelo aumento do líquido cefalorraquidiano, desenvolvendo cefaléia, confusão mental, HIC, sinais de irritação meníngea, papiledema e febre. Neste caso, a paciente procurou atendimento já com o acometimento do SN pela doença oportunista,

com sintomas inespecíficos e longo tempo de contaminação pelo HIV sem tratamento, o que dificultou o diagnóstico. Durante o pré-natal a paciente apresentou sorologia para HIV negativa (provável falso negativo), já que o teste ELISA atualmente é capaz de detectar anticorpos contra o HIV baixos, nos casos de imunodepressão avançada como este, e o antígeno P24. Na hospitalização, a investigação da causa de HIC levou ao diagnóstico da neurocriptococose e a pesquisa de contaminação pelo HIV, obtendo-se a princípio um resultado indeterminado que pode ocorrer em caso de gravidez, presença de doença autoimune e vacinação recente contra a gripe. **CONCLUSÃO:** No período gestacional há uma preocupação maior com a contaminação pelo HIV devido à transmissão para a criança, porém esta pode ser reduzida ao se instituir acompanhamento e terapêutica adequados.

PALAVRAS-CHAVE: Neurocriptococose, HIV em gestantes, Hipertensão Intracraniana.

REFERÊNCIAS

- [1] Castro AVG, Rodríguez SIG, Gazano AV. Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell; Uruguay, 2012-2014. Resultados de la aplicación del protocolo zidovudina - nevirapina en niños uruguayos. Revista Medica del Uruguay. 2018; 34(1):39-47.
- [2] Davey DJ, Farley E, Gomba Y, *et al.* Sexual risk during pregnancy and postpartum periods among HIV-infected and -uninfected South African women: Implications for primary and secondary HIV prevention interventions. Plos One. 2018; 13(3):1-11.
- [3] Ruas PAS, Graciano AR, Souza NPG, *et al.* Relato de caso de neurocriptococose em paciente hebiátrico HIV positivo. Resu: Revista Educação em Saúde. 2015; 3(1):111-114.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

PACIENTE DE 37 ANOS COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE E HISTÓRIA PRÉVIA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E FEBRE REUMÁTICA

37 YEARS PATIENT WITH ANTIPHOSPHOLIPIDAL ANTIBODY SYNDROME AND PRIOR HISTORY OF SYSTEMIC ERITEMATOSUS LUPUS AND RHEUMATIC FEVER

ANA CÉLIA HOLLANDA CAVALCANTI **GUIMARÃES**¹, LANNA LUI CAMARGO **LEITE**¹, LUANA DE ALMEIDA ALBINO **GONÇALVES**¹, NATHÁLIA SIMÕES **FERNANDES**¹, HERMANO CRIST DO PRADO **PINTO**², LUCAS FILLIPE CAMPOS **COELHO**^{3*}

1. Acadêmicas do curso de graduação de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Residente de Clínica Médica do Hospital das Clínicas; 3. Médico no Hospital Universitário da Ciências Médicas.

* Rua dos Timbiras, 3135, Barro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30140-062. lucas_campos@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) é uma trombofilia autoimune que se associa a trombozes arteriais e/ou venosas. Pode ser primária quando desenvolve isoladamente ou secundária quando apresenta condições autoimunes concomitantes, principalmente o lúpus eritematoso sistêmico (LES).

RELATO DE CASO: Mulher, 37 anos, deu início a quadro de artralgia em quirodactilos durante a noite e com piora ao frio. Evoluiu com artrite migratória após 6 anos de início da dor e apresentou coreia, tratada com Haloperidol. Neste momento foi diagnosticada com Febre Reumática e Coreia de Sydenham. Tratou com Penicilina Benzatina 1.200.000 UI de 21 em 21 dias, por cerca de 2 anos e meio. Após 3 anos, reumatologista solicitou Fator Anti-Nuclear, este veio positivo (títulos de 1/640). Posteriormente paciente engravidou sofrendo abortamento na 14ª semana de acordo com USG, FAN se mantinha em títulos 1/640, Anticorpos Anti-Cardiolipina IgG superior a 418 GPL-U/ml, sugerindo diagnóstico de SAF. Exames recentes evidenciaram presença de Complemento C3 83,7mg/dl e Linfocitose (0,92 K/uL) fechando diagnóstico de Síndrome Antifosfolípide Secundária a Febre Reumática e a Lúpus Eritematoso Sistêmico, desde então em uso de Ácido Acetilsalicílico 100mg, Anlodipino 2,5mg e Hidróxido de Cloroquina 400mg;

DESENVOLVIMENTO: atualmente, a SAF é clinicamente definida por trombozes recorrentes, arteriais ou venosas, perdas fetais de repetição e; laboratorialmente pela presença de anticorpos antifosfolípidos (aPL), a saber: anticardiolipina (aCL), anti-beta2 glicoproteína1 (B2GP1) e o Lúpus Anticoagulante (LAC). Existe uma estreita relação entre a presença de aPL, LAC e aCL com abortos

espontâneos. Altos títulos de aCL estão associados a um maior risco de perdas fetais, que são mais frequentes no primeiro e segundo trimestre da gravidez. A perda aparentemente ocorre por insuficiência placentária e tendem a ser recorrentes. Sabe-se que o risco desse evento obstétrico ocorrer, em pacientes com SAF não tratadas durante a gravidez, está em torno de 80%; **CONCLUSÃO:** O diagnóstico definitivo da SAF é baseado em critérios clínicos e laboratoriais, cujos parâmetros ainda não possuem consenso mundial, se tornando extremamente complicado, visto a vasta variabilidade clínica. Entre as principais manifestações encontram-se perdas fetais, fato evidenciado na paciente estudada. O tratamento se baseia na profilaxia primária, no tratamento da trombose aguda e possíveis repetições e seu controle durante a gestação.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, Lúpus eritematoso sistêmico, Antiphospholipid antibody syndrome.

REFERÊNCIAS

- [1] Barbhaiya M, Andrade D, Bertolaccini ML, *et al.* Antiphospholipid Syndrome Alliance for Clinical Trials and International Networking (APS ACTION). Antiphospholipid Syndrome. 2017; 267-276. Springer International Publishing.
- [2] Amoura Z, Arnaud L, Bagou G, *et al.* Síndrome antifosfolípica [acesso 14 abr. 2018]. Orphanet: 2012. Disponível em: https://www.orpha.net/data/patho/Pro/pt/Urgencia_Sindr_omeAntifosfolipidica-ptPro5517.pdf.
- [3] Bazzan M, Vaccarino A, Stella S, *et al.* Patients with antiphospholipid syndrome and thrombotic recurrences: A real world observation (the Piedmont cohort study). Lupus. 2015; 25(5):479-485.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

OBSTRUÇÃO DO SISTEMA DE DRENAGEM DO FÍGADO CURSANDO COM HEPATOMEGALIA E HIPERTENSÃO PORAL: SÍNDROME DE BUDD CHIARI: UM RELATO DE CASO

OBSTRUCTION OF THE LIVER DRAINAGE SYSTEM CURSING WITH HEPATOMEGALIA AND PORTER HYPERTENSION: BUDD CHIARI SYNDROME: A CASE REPORT

ALEXANDRE HENRIQUE CAMPOS VALADARES¹, ÁLVARO HENRIQUE CORREIA DA SILVA BARCELLOS¹, CECÍLIA SILVA DE PAULA FARIA¹, LARA FERNANDA DOMINGOS¹, DIEGO EMMANUELL RIBEIRO REIS^{2*}

1. Acadêmicos do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua João Patrício de Araújo, 179, Veneza, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. di_reis1@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Budd-Chiari ocorre quando há interferência no fluxo sanguíneo efluente do fígado. Exames de imagem são essenciais para o diagnóstico e o tratamento é sintomático, para prevenir formação de outros trombos. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo feminino, 75 anos, previamente hígida. Buscou atendimento citando cólica, presença de líquido abdominal, nefralgia e icterícia, associado com dor súbita e com piora no hipocôndrio direito, dispneia, poliúria, urina concentrada e acolia fecal. No exame físico, havia edema de MMII importante e hematoma abdominal. Os exames laboratoriais exibiam disfunção hepática, com alteração nas proteínas totais e frações, diminuição da albumina, leve aumento da gamaglobulina, GGT, TGO, TGP e bilirrubina direta altos. Na US abdominal foi achado infarto hepático, fibrose periportal e presença de 900mL de líquido livre. A TC abdominal exibia extensa trombose de veia cava inferior ao nível hepático até o átrio direito, confirmando o diagnóstico de Síndrome de Budd Chiari. Até o momento, aguarda cirurgia, em uso de anticoagulante. **DISCUSSÃO:** A síndrome de Budd-Chiari (BCS) é uma condição rara caracterizada por obstrução do trato de saída venosa hepática, podendo ocorrer desde as pequenas veias hepáticas até a junção da veia cava inferior e átrio direito. A causa mais comum inclui estados hipercoaguláveis herdados e adquiridos, carcinoma hepatocelular, cistos e abscessos intra-hepáticos e tumores extra-hepáticos. A manifestação clínica é heterogênea, variando de insuficiência hepática aguda a pacientes assintomáticos, porém a tríade clássica sintomatológica é dor abdominal, ascite e hepatomegalia. O diagnóstico é clínico, porém os estudos de imagem desempenham

um papel importante na confirmação do diagnóstico e os mais úteis incluem US, Doppler, TC, MRI e venografia de cateter. O tratamento é focado em controle de hipertensão portal e ascite, trombólise e anticoagulação. A maioria dos pacientes exigirá intervenção cirúrgica ou endovascular. Anticoaguloterapia geralmente é para longo prazo já que a grande parte possui transtorno protrombótico subjacente. **CONCLUSÃO:** Os distúrbios vasculares do fígado são responsáveis por uma série de condições raras associadas ao fluxo sanguíneo inadequado. Um aspecto comum entre essas patologias é a possibilidade de acarretar hipertensão portal não cirrótica, seguida de altas taxas de morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Drenagem, Fígado, Budd-Chiari.

REFERÊNCIAS

- [1] Alves RLJ. *et al.* Trombose de veia porta: revisão de literatura e relato de caso. Cadernos UniFOA. 2012; 7(18):101-8.
- [2] Ferral H, Behrens G, Lopera J. Budd-Chiari Syndrome. American Journal of Roentgenology, 2012; 199(4):737-745.
- [3] Martens P, Nevens, F. Budd-Chiari syndrome. United European Gastroenterology Journal. 2015; 3(6):489-500.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA AGUDA: SUSPEITA DIAGNÓSTICA COM BASE NA CLÍNICA E EPIDEMIOLOGIA

ACUTE MANSONIC SCHISTOSOMOSIS: SUSPICIOUS DIAGNOSIS BASED ON CLINIC AND EPIDEMIOLOGY

AMANDA CAMPOS **FRANCO**^{2*}, ANA CAROLINE SILVEIRA DE **ABREU**¹, SAMUEL ANGELO HONORATO MACIEL **SANTANA**¹, ANA JÚLIA LOPES **VALÉRIO**², VERA LÚCIA VENANCIO **GASPAR**³, ANA LUIZA MENDES BARCELOS E **SANTOS**³

1. Aluno do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Aluno do Curso de Medicina da Universidade de Caratinga (UNEC); 3. Médico do Hospital Marcio Cunha – Ipatinga/MG.

* Rua Marques de Caravelas, 155, Cidade Nobre, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162-562. amandacfranco@hotmail.com

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A esquistossomose mansônica (EM) é uma doença infectoparasitária prevalente em Minas Gerais. Causada pelo *Schistosoma mansoni*, vem sendo considerada problema de saúde pública por se relacionar à precariedade dos serviços de saneamento básico, sendo o contato com água contaminada determinante para a infecção. O Ministério da Saúde estima em 2,5 milhões o número de pacientes com EM no Brasil. Em geral, a faixa etária mais acometida está compreendida entre 15 e 20 anos. (Souza, 2009)

RELATO DE CASO: Criança, 10 anos e 1 mês, masculino, previamente saudável. Apresentou febre de aproximadamente 38°C, intermitente, associada a diarreia aquosa não sanguinolenta, vômitos, crises esporádicas de tosse, distensão e dor abdominal há 10 dias. Relata contato prévio com água de poço de pescaria, apresentando prurido em membros e lesões urticariformes 10 dias após. Ao ser internado, apresentava-se prostrado, hipocorado, icterico +\4+, febril. Apresentava urticária em pálpebras e fígado palpável a 5 cm do RCD. Os exames realizados evidenciaram: hemograma: hb: 10,4,ht: 30,2, GL: 10140 - sendo 33% de eosinófilos, - Plaquetas: 164.000. Apresentou hiperbilirrubinemia de 4,09 às custas de BD (3,45) e elevação de enzimas hepáticas (TGO 68, TGP 65, GGT 192, FA 351). PCR 122,2. Em RX de tórax: infiltrado perihilar e reticular difuso, com predomínio à direita, sem evidências de consolidações ou derrame pleural. A confirmação se deu pelo EPF que em 2 amostras evidenciaram ovos de *s. mansoni* e imunofluorescência para esquistossomose, com resultado positivo de 1:256. Assim, prescrito prednisolona 1mg/kg/dia e praziquantel 40mg/kg dividido em duas doses. O paciente apresentou boa evolução. **DISCUSSÃO:** A esquistossomose deve ser suspeitada em pacientes que apresentam febre, diarreia e hepatomegalia. História de exposição à águas

contaminadas deve fazer parte da anamnese. Quanto aos exames laboratoriais, geralmente, há eosinofilia intensa. O exame parasitológico de fezes deve ser valorizado. O tratamento visa cura e redução da carga parasitária, impedindo evolução para manifestações crônicas e minimizando a produção e eliminação de ovos. (Ross, 2015). **CONCLUSÃO:** Com esse trabalho foi possível entender a importância de observar a história clínica do paciente, com ênfase na epidemiologia do local de diagnóstico, visto que a EM é uma doença endêmica da região. Na maioria das vezes é possível fechar o caso, sendo os exames apenas complementares para determinar o prognóstico do mesmo, sem onerar o sistema público.

PALAVRAS-CHAVE: Esquistossomose Mansônica, saneamento, aguda, epidemiologia.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- [2] Ross AGP, Olveda RM, Li Y. An audacious goal: the elimination of schistosomiasis in our lifetime through mass drug administration. Lancet. 2015; 385(9983): 2220-1
- [3] Souza FPC, Vitorino RR, Costa AP, et al. Esquistossomose mansônica: aspectos gerais, imunologia, patogênese e história natural. Rev Bras Clin Med. 2011; 9(4):300-7.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO ASSOCIADO A NEFROLITÍASE DE REPETIÇÃO: UM RELATO DE CASO

PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM ASSOCIATED WITH RECURRENT NEPHROLITHIASIS: A CASE REPORT

AMANDA TRINDADE DE OLIVEIRA¹, MARIA FERNANDA BONOME CARDOSO¹, THACILA LAGE DUARTE¹, RAISSA ALBUQUERQUE CALAIS DE OLIVEIRA^{1*}, ANDRÉ LUÍS RIBEIRO MUNIZ²

1. Acadêmica do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor de Endocrinologia do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte.

* Avenida Prudente de Moraes, 1701/101, Santo Antônio, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30380-728. raissakalais@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O hiperparatireoidismo (HPT) é uma anormalidade endocrinológica caracterizada pela hipersecreção de paratormônio (PTH), podendo alterar os níveis de cálcio sérico. Sabe-se que a forma primária dessa patologia é causada por adenomas solitários das paratireoides em cerca de 85 a 90% dos casos e é a causa mais comum de hipercalcemia diagnosticada. Ocorre com maior frequência entre os 40 e 65 anos de idade e afeta mais mulheres que homens, numa proporção de 3:1. Quanto ao quadro clínico, a maioria dos pacientes apresentam a forma assintomática ou sintomas inespecíficos, porém, a nefrolitíase está associada à metade dos casos, e em menor proporção temos envolvimento ósseo e renal. **RELATO DE CASO:** Paciente do gênero feminino, 56 anos, procurou serviço de saúde em novembro de 2017 com lombalgia e dor suprapúbica, tipo cólica, de forte intensidade, com duração de 10 dias, associada a mal-estar, vômitos e febre não termometrada. Relata histórico de nefrolitíase, com duas abordagens cirúrgicas prévias. Dentre os exames laboratoriais destacou-se paratormônio de 142,1pg/mL, cálcio urinário de 428,0mg/24horas, fósforo 1,8mg/dL e cálcio total 11,0mg/dL, repetidos e confirmados com resultados de cálcio total 11,3mg/dL, paratormônio 135,3pg/mL, fósforo 2,4mg/dL, cálcio iônico 1,18mmol/L creatinina 1,18mg/dL. Tomografia de abdome revelou nefrolitíase bilateral, inclusive na pelve renal. Realizou ultrassonografia cervical que identificou nódulos tireoidianos posteriores ao lobo direito da tireoide podendo corresponder a adenoma de paratireoide, e cintilografia de paratireoides que evidenciou a presença de área focal de comportamento cintilográfico sugestivo de adenoma de paratireoide em terço médio do polo tireoidiano direito. Paciente foi submetida à paratireoidectomia. **DISCUSSÃO:** O hiperparatireoidismo primário é a causa mais comum de hipercalcemia no paciente em nível ambulatorial e tem como a manifestação renal mais característica a

nefrolitíase. A paciente em questão teve o diagnóstico realizado tardiamente com base na história pregressa e exames laboratoriais. Portadora de nefrolitíase bilateral com múltiplas abordagens e infecção urinária de repetição apresentando níveis elevados de cálcio sérico e PTH, fósforo reduzidos e excreção renal de cálcio aumentada. **CONCLUSÃO:** O relato demonstra a importância da mensuração sérica e urinária dos níveis de cálcio nos exames de rotina de nefrolitíase de repetição ou múltiplos cálculos, permitindo o diagnóstico em pacientes com sinais mínimos da doença, evitando os casos sintomáticos graves.

PALAVRAS-CHAVE: hiperparatireoidismo; paratireoide; nefrolitíase

REFERÊNCIAS

- [1] Costa TMRL, Moura APB, Vaucher FA, *et al.* Hiperparatireoidismo primário – diferentes modalidades de tratamentos. R Médica da UFPR. 2015; 2(4):171-177.
- [2] Vilar L, Kater CE, Naves LA, *et al.* Endocrinologia Clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- [3] Martins MA. Manual do Residente de Clínica Médica. Barueri, SP: Manole. 2015.
- [4] Duncan BB, Schmidt M, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2013.
- [5] Genesini EC, Chelminski JL, Prolla FC, *et al.* Hiperparatireoidismo primário e carcinoma de paratireoide: um relato de caso. IN 13º Congresso Gaúcho de Clínica Médica. 2016; São Paulo. São Paulo: Blucher.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CÂNCER PANCREÁTICO: UM RELATO DE CASO DE ADENOCARCINOMA DUCTAL INOPERÁVEL

THE CHALLENGE OF EARLY DIAGNOSIS IN PANCREATIC CANCER: A CASE REPORT OF INNERABLE DUCTAL ADENOCARCINOMA

AMANDA FEJOLI **ROLDI**¹, ANA LUIZA SOARES **TOLEDO**¹, LORENA FREITAS **FERREIRA**¹, MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, TALES COUTINHO DE **CASTRO**¹, SILVIA BASTOS HERINGER **WALTHER**^{2*}

1. Aluno do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professora do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES).

* Rua João Patrício de Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. heriwalt@aol.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma ductal do pâncreas tem origem no pâncreas exócrino, é responsável por 95% dos cânceres pancreáticos e é mais comum em homens por volta da quinta década de vida. Há alta mortalidade devido sintomas inespecíficos, métodos de exames limitados e dificuldade no diagnóstico precoce. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 48 anos, casado, natural e residente em Belo Horizonte-MG, previamente hígido, comparece em consulta de rotina em janeiro de 2017 queixando lombalgia e astenia há 2 meses sem melhoras ao uso de AINE's. Nega comorbidades e uso de medicação contínua. Sem antecedentes pessoais ou familiares de neoplasias, hábitos tabágicos ou alcoólicos. Ao exame físico apresentou-se anictérico, corado, hidratado, abdome plano, indolor a palpação superficial, sem visceromegalias ou massas palpáveis. Sem acolia e alterações urinárias. Foi aventada hipótese de intolerância a lactose. Exames laboratoriais todos dentro da normalidade. Porém, houve persistência e piora de sintomas, além de perda de peso. Após nove meses foi feita análise comparativa com novos exames. Detectou-se aumento significativo de creatinofosfoquinase, transaminase pirúvica e da glicemia de jejum. Amilase e lipase normais. Após US inconclusiva, foi solicitado TC que evidenciou: tumorção pancreática local extensa e invasão linfática regional, compatível com adenocarcinoma ductal estágio III. Inoperável e conduta paliativa. **DISCUSSÃO:** O adenocarcinoma pancreático ductal possui alta letalidade, devido as dificuldades na detecção precoce e seu comportamento biológico agressivo. No entanto, a detecção das lesões precursoras em estágio inicial pode tornar o prognóstico mais favorável. A sintomatologia inespecífica contribui substancialmente para o

diagnóstico tardio. No presente caso, houve queixa de lombalgia e astenia, o paciente não apresentava um quadro peculiar importante, não manifestando, dessa forma, esteatorréia, icterícia e a dor típica em faixa, embora tenha tido perda de peso ponderal, características de tumores de pâncreas. Além disso, em oposição a maioria dos casos, não houve nenhuma alteração nos exames laboratoriais que pudesse direcionar a equipe médica a conclusão da investigação, feita apenas após realização de tomografia computadorizada, considerada atualmente por muitos autores como exame de escolha. Atualmente, a ressecção cirúrgica é a única cura potencial, entretanto, em cerca de 80% dos pacientes sintomáticos, quando se faz o diagnóstico, o tumor já é irressuscável. **CONCLUSÃO:** O câncer de pâncreas é considerado atualmente um dos mais letais. Sua sintomatologia inespecífica permite o crescimento lento do tumor e a dificuldade no diagnóstico. Alguns exames laboratoriais podem demonstrar que há alteração no órgão, no entanto, apenas a tomografia computadorizada ou ressonância magnética são capazes de detectar determinados tumores pancreáticos, por mostrar o pâncreas como um todo e indicar precisamente a localização e extensão da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Pâncreas. Mortalidade. Diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- [1] Silva CSH, *et al.* Adenocarcinoma de pâncreas em paciente jovem: relato de caso. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa. 2011; 56(1):36-9.
- [2] Soldan M. Rastreamento do câncer de pâncreas. Rev. Col. Bras. Cir. 2017; 44(2):109-111.
- [3] Zeni KB, *et al.* Morbimortalidade do tratamento cirúrgico dos tumores do pâncreas. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2014; 24(4):275-279.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO: RELATO DE CASO DE DESCONFORTO RESPIRATÓRIO E TRATAMENTO BEM SUCEDIDO EM PACIENTE LACTENTE**CONGENITAL LOBAR EMPHYSEMA: A CASE REPORT OF RESPIRATORY DISTRESS AND SUCCESSFUL TREATMENT IN AN INFANT PATIENT**

MARIANA BARROS FREITAS^{1*}, GABRIELA GIDI MOTA¹, LARISSA CRUZ TERRA¹, MARIA LUIZA BARROS FREITAS¹, BRUNO RAINER BORGES BACELAR²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de medicina do Instituto Metropolitano do Vale do Aço; 2. Médico graduado pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Residente em Radiologia e Diagnóstico por Imagem – HC - UFMG

* Rua Dionísio García, 335, Professores, Cel. Fabriciano Minas Gerais, Brasil. CEP: 35170-017. marianabarrosfreitas@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O enfisema lobar congênito (ELC) é uma anomalia rara do desenvolvimento pulmonar em neonatos, resulta da hiperinsuflação de um ou mais lobo pulmonar. Ocorre nos lobo superior esquerdo (43%), lobos médios (32%), superior direito (20%). Os sintomas/sinais aparecem, mais frequentemente, nos primeiros seis meses de vida, com manifestações de taquipneia, sibilação e dificuldade respiratória crescente. Ao exame observa-se a presença de nítido sofrimento respiratório, com hipersonoridade à percussão sobre o lado afetado, bem como redução de ar. **MATERIAL E MÉTODOS:** A composição do presente artigo resultou de uma revisão de literatura, que foi realizada a partir dos trabalhos indexados nos periódicos das bases de dados LILACS, SciELO, PubMed e MEDLINE. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, prematuro, nascido em 15/09/2017, recebeu alta "cansadinho" justificada pela prematuridade (sic). Mãe refere que permaneceu taquidispneico e que no início de outubro notou piora do desconforto respiratório, principalmente durante as mamadas e o choro. Ao exame físico: hipocorado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, fácies típica (Síndrome de Down), com murmúrio vesicular diminuído à esquerda, frequência respiratória de 60 irpm, tiragens intercostais e aumento do volume torácico ântero-posterior; frequência cardíaca de 138 bpm. Na radiografia do tórax evidenciou desvio do mediastino para direita e área com hipertransparência à esquerda. Realizou ecocardiograma com resultado PCA pequeno sem repercussão, câmaras de tamanhos normais e função sistólica preservada. Já tomografia computadorizada de tórax (05/01/2018) evidenciou achados compatíveis com enfisema lobar congênito do lobo superior esquerdo, determinando leve desvio contralateral das estruturas do mediastino. Feito o diagnóstico de ELC, o doente foi submetido à lobectomia superior esquerda e toracostomia com

drenagem pleural fechada, com melhoria clínica e radiografia de controle mostrou reexpansão pulmonar; **CONCLUSÃO:** O diagnóstico é feito por meio de exame radiológico ou outros exames de imagem, como tomografia computadorizada de tórax e cintigrafia inalatória. Estes são essenciais para intervenção terapêutica correta como a lobectomia, em recém-nascidos com sintomatologia expressível, sendo normalmente curativa. A mortalidade operatória ocorre entre 10 e 28%, varia-se de acordo com a presença de malformações e do estado geral da criança. Conclui-se que o tratamento compreende medidas cirúrgicas e fisioterápicas, para o restabelecimento da função pulmonar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfisema Lobar Congênito, desconforto respiratório, tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Brunherotti, MAA, Ferreira, AL, Fontes, RCFB. Caso clínico: Enfisema lobar congênito - relato de caso. *Revista brasileira de medicina*. Moreira Jr Editora. 2013.
- [2] Chinya A, Pandey PR, Sinha SK, et al. Congenital lobar emphysema: Pitfalls in diagnosis. *Lung India*. 2016;33(3):317-9.
- [3] Prata, FAP, et al. Enfisema lobar congênito. *HU Revista*, Juiz de Fora. 2010; 36(1):77-79.
- [4] Rocha G. et al. Enfisema lobar congênito com apresentação neonatal. Revisão de quatro casos clínicos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2010; 16(5).

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

CORRELAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO E SUAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES: ESTRATÉGIAS SIMPLES PARA PREVENÇÃO

DIABETIC FOOT CORRELATION WITH ITS MAIN COMPLICATIONS: SIMPLE STRATEGIES FOR PREVENTION

RAFAELLA ALBUQUERQUE **LOPES**^{1*}, MATHEUS SOARES **LEITE**¹, PEDRO HENRIQUE BATISTA SOUZA **FERREIRA**¹, ELISEU BOMFÁ SANTOS **JÚNIOR**¹, DIEGO EMMANUELL RIBEIRO **REIS**²

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professor da disciplina Semiologia Médica, do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES).

* Rua Dona Modestina, número 682, 14 de Fevereiro, Itabira, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35900-238. rafaellaalopes@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O pé diabético é uma complicação do Diabetes Mellitus (DM) e decorre de uma situação de infecção, ulceração ou destruição dos tecidos profundos dos pés, associada a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica. Com tal prevalência, é de extrema importância a discussão sobre o assunto. **OBJETIVO:** Conscientizar os profissionais da importância de adotar como rotina a avaliação dos pés do paciente diabético e orientá-los quanto à forma correta de cortar as unhas, higiene dos pés e modelos de sapato confortáveis. A prevenção continua sendo a forma mais barata e eficaz diante dos agravos. **MÉTODOS:** Esse trabalho foi realizado a partir da revisão literária de artigos e monografias publicadas em veículos de expressão da área de saúde relacionados com o que há de mais recente no assunto. A partir dessa seleção, foi analisado os dados e comparadas as informações das diferentes publicações; **RESULTADOS:** Segundo o Consenso Internacional sobre pé diabético, a maioria dos portadores de DM não recebe inspeção nem orientação sobre a importância dos cuidados regulares. Estima-se que ocorra uma média de 40 mil amputações/ano em diabéticos no Brasil. O mesmo estudo mostra que a prevalência de úlceras nos pés atinge 4% a 10% das pessoas portadoras de DM e que as amputações são mais frequentes em homens do que mulheres (58,9% para 41,1 %). **CONCLUSÃO:** Perante tamanha relevância do assunto, é de extrema importância a sua discussão com os profissionais de saúde a fim de realizar estratégias de prevenção e, consequentemente, reduzir a incidência da doença e suas complicações. Vale ressaltar que o DM é um problema de saúde pública visto tamanha prevalência no mundo. Portanto, visando a promoção de saúde e a redução das complicações, deve-se implementar medidas simples para maior adesão dos portadores de DM e, com isso, reduzir as repercussões de tal doença.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus, prevenção, saúde pública.

REFERÊNCIAS

- [1] Leite RS, *et al.* In hospital care for diabetic foot: a comparison between the estimated cost and the SUS reimbursement. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2010; 52(3):523-30.
- [2] Lipsky BA, *et al.* Infectious Diseases Society of America. Diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis.* 2015; 39(7):885-910.
- [3] Caiafa, JS, *et al.* Atenção Integral ao Portador de Pé Diabético. *Arq Bras Vasc.* 2011; 10(4).

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

O DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE EM PACIENTES COM HLA-B27 NEGATIVO: RELATO DE CASO

DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF ANQUILOSANT SPONDYLITIS IN PATIENTS WITH HLA-B27 NEGATIVE: CASE REPORT

SAMUEL ANGELO HONORATO MACIEL **SANTANA**^{1*}, AMANDA CAMPOS **FRANCO**², ANA CAROLINE SILVEIRA DE **ABREU**¹, ANA JÚLIA LOPES **VALÉRIO**², MIGUEL HONORATO **OLIVEIRA**³

1. Aluno do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Aluno do Curso de Medicina da Universidade de Caratinga (UNEC); 3- Médico do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Pitangui

Rua dos Caetés, 320, apto 1201, Iguaçu – Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162038. sangelopiki@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: As espondiloartropatias soronegativas englobam um grupo de doenças que apresentam caracteristicamente dor axial inflamatória, predominante em grandes articulações de membros inferiores, sacroileíte radiológica e soronegatividade para o fator reumatoide. Deste grupo, a Espondilite Anquilosante (EA) é a mais frequente. É uma doença inflamatória crônica que atinge preferencialmente a coluna vertebral. Costuma ter como sintoma inicial a lombalgia de ritmo inflamatório, com rigidez matinal prolongada. É reconhecida por apresentar forte associação com o fenótipo HLA-B27. (Dean, 2014).

RELATO DE CASO: Paciente feminina, natural de Entre Folhas – MG, 40 anos iniciou quadro súbito de dor lombar baixa que irradiava para o membro inferior direito até a extensão dos calcanhares. Piorava ao repouso, melhorava com a movimentação e apresentava rigidez matinal. Havia alívio parcial ao uso de dipirona. Procurou atendimento e foi solicitado RNM de coluna lombossacra com anormalidade de sinal na asa direita do sacro, de etiologia a esclarecer, secundário a edema e hiperemia reacional decorrente a processo inflamatório. Com HD de espondiloartropatias soronegativas e foi prosseguido o estudo com radiografia da bacia e articulação sacro ilíaca que confirmavam o edema. Fator reumatóide 7,5 UI/ml, PCR 1,11, FAN reagente, VHS 7. A paciente se encontrava em uso de sintomáticos e foi realizado o cintilografia óssea que evidenciou hiperfluxo e hiperemia em topografia sacroilíaca direita associado a osteogênese e HLA –B27 que foi negativo. Fechou o diagnóstico em espondilite anquilosante e iniciado tratamento com 40 sessões de fisioterapia, toricoxibe 90mg 1 vez ao dia, associado a atividade física. Paciente respondeu bem ao tratamento. **DISCUSSÃO:** A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória osteoarticular crônica podendo acarretar em variados

graus de incapacidade. A doença é diagnosticada por meio de 1 critério clínico (podendo ser: dor lombar, limitação da coluna e expansibilidade torácica reduzida) radiográficos (sacroileíte bilateral grau 2, 3 ou 4 ou unilateral grau 3 ou 4). A avaliação da clínica pode ser realizada por múltiplos instrumentos desenvolvidos, como o BASDAI, BASFI e o BASMI. (Sampaio-Barros, 2007). É muito frequente a associação da EA com o HLA-B27, sendo útil para diferenciar a EA axial da periférica, estando aumentada em 38,2% na axial. Na avaliação dos pacientes com EA por idade, podemos observar que o HLA é encontrado em 94,6% em pacientes menores de 20 anos e 61,2% em pacientes com mais de 40 anos, situação da paciente relatada neste caso. **CONCLUSÃO:** Com a execução do trabalho foi possível concluir que o HLA-B27 não deve ser utilizado para diagnóstico de exclusão, sendo a recomendado pela SBR para a avaliação prognóstica, sobretudo com relação ao tempo de início da patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Espondilite Anquilosante, Hla-B27, diagnóstico

REFERÊNCIAS

- [1] Dean LE, Jones GT, MacDonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ. Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)*. 2014; 53(4):650-7. DOI:10.1093/rheumatology/ket387
- [2] Sampaio-Barros PD, Azevedo VF, Bonfiglioli R, Campos WR, Carneiro SCS, Carvalho MAP, et al. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica diagnóstico e tratamento: primeira revisão. *Rev Bras Reumatol*. 2007; 47(4):233-42.
- [3] Sampaio-Barros PD, Azevedo VF, Bonfiglioli R, Campos WR, Carneiro SCS, Carvalho MAP, et al. Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da espondilite anquilosante. *Rev Bras Reumatol*. 2013; 53(3):242–257.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ACOMPANHAMENTO PEDIÁTRICO AMBULATORIAL DE UM PACIENTE PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME: UM RELATO DE CASO

AMBULATORIAL PEDIATRIC FOLLOW-UP OF A PATIENT WITH SICKLE CELL ANEMIA: A CASE REPORT

FERNANDA MACHADO **DIEL**¹, FERNANDA DUARTE **ASSIS**¹, IURY MATHEUS MENDES **OLIVEIRA**¹, KELLY PAULA **XAVIER**¹, GIULIANA ALVES TARTAGLIA **VILELA**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor, Saúde da Criança do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua João Patrício de Araújo, 179, Veneza, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. vm.isabela@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A anemia falciforme, também conhecida como drepanocitose, é uma doença hereditária monogênica que se caracteriza pela presença de hemácias endurecidas e em forma de foice. Os sintomas são bastante variados e incluem dores articulares, fadiga, feridas nas pernas, priapismo e atraso de crescimento. **RELATO DE CASO:** Escolar do sexo masculino, 7 anos e 7 meses, comparece ao ambulatório com queixa de dor abdominal difusa e adinamia, sem outros sintomas associados. Além disso, frequentemente apresenta cefaleia holocraniana e dor na região lombar intensas, associado à fadiga muscular, que piora no final do dia e que regride com uso de vinte gotas de dipirona monohidratada 500mg/ml. A criança foi diagnosticada com anemia falciforme pelo teste do pezinho ao nascer, e desde então faz uso diário de ácido fólico 5mg e Pen-ve-oral 5ml de 12/12h. Ao exame físico apresenta mucosas hipocoradas e sopro cardíaco sistólico de grau dois em todos os focos de ausculta. Abdome levemente dolorido à palpação profunda, sem hepatomegalia e com ruídos hidroaéreos presentes. Esplenectomia prévia. Paciente é fruto de uma gravidez não planejada de um relacionamento consanguíneo. Tem um irmão mais novo deste mesmo relacionamento que não apresenta comorbidades. **CONCLUSÃO:** A anemia falciforme causa forte impacto em vários aspectos clínicos e pessoais do paciente, cursando com prejuízos no cotidiano e redução da expectativa e qualidade de vida. Faz-se, então, necessária uma atenção aumentada do médico generalista, durante o acompanhamento ambulatorial, para prevenção de maiores complicações que possam evoluir de forma mais grave.

PALAVRAS-CHAVE: Falciforme, anemia, pediatria, acompanhamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Costa FF, Conran N, Fertrin KY. Anemia Falciforme. In: Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. Tratado de Hematologia. 4ª ed. Atheneu. 2006.
- [1] Braga JAP. Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. 2007; 29(3):233-238.
- [1] Dias ALA. A (re)construção do caminhar: itinerário terapêutico de pessoas com doença falciforme com histórico de úlcera de perna. [tese] Salvador: Universidade Federal da Bahia. 2013.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

COMA MIXEDEMATOSO ASSOCIADO À DOENÇA PSIQUIÁTRICA – RELATO DE CASO COM ABORDAGEM SOCIAL

MYXEDEMA COMA ASSOCIATED WITH PSYCHIATRIC DISEASE - CASE REPORT WITH A SOCIAL APPROACH

ERIC SOUZA **MAGALHÃES**¹, MARINA VIEIRA **ARTHUSO**^{1*}, RAFAELA PENA **MAGALHÃES**¹, HANA JERMANI **COELHO**¹, IRILEY **CASTRO**²

1. Aluno do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professor do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES).

* Avenida Ary Barroso, 1090, Serenata, Timóteo, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35180-442. mari.arthuso@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Trata-se de um relato de caso de paciente portadora de esquizofrenia que apresentou quadro de coma mixedematoso, decorrente de medicação e controle inadequados de seu hipotireoidismo. Demos enfoque também no aspecto social e na necessidade de cuidados especiais desses doentes. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 66 anos, admitida na UPA de Ipatinga dia 03/01/18 apresentando sonolência, edema de membros inferiores e dificuldade de deambular. Histórico de HAS, hipotireoidismo e esquizofrenia, em uso de Losartana, Haldol, Carbonato de Lítio e Levotiroxina (uso irregular). A paciente e os acompanhantes desconhecem as orientações básicas do uso correto da medicação. Evoluiu com parada cardiorrespiratória, necessitando reanimação e intubação. Feito diagnóstico de Coma Mixedematoso e encaminhada à terapia intensiva do Hospital Municipal de Ipatinga. Após controle, foi transferida à enfermaria, com acompanhamento multiprofissional. Teve alta hospitalar com orientações, encaminhada para seguimento ambulatorial e prescrito o uso de meias de compressão devido a internação prolongada. Após 15 dias da alta, retornou com quadro de edema duro e dor em membro inferior. Fez Doppler Venoso confirmando trombose venosa profunda. No período pós alta não fez uso da meia de compressão. **CONCLUSÃO:** O coma mixedematoso ocorre em casos extremos do hipotireoidismo e consiste em uma manifestação clínica incomum, porém potencialmente fatal. No caso dessa paciente há associação do hipotireoidismo com doença psiquiátrica, demonstrando a necessidade de abordagem diferenciada e orientação adequada dessa e de seus acompanhantes em relação aos cuidados, para prevenir recorrências e complicações evitáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Coma mixedematoso, hipotireoidismo, esquizofrenia, orientação.

REFERÊNCIAS

- [1] Maciel LMZ. Coma Mixedematoso. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. 2013; 36(IV):384-388.
- [2] Sasazawa DT, Tsukumo DM, Lalli CA. Coma mixedematoso em paciente com neurofibromatose tipo 1: associação rara. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo. 2013; 57(9):743-747.
- [3] Rizzo LFL, et al. Coma mixedematosus. Medicina (B. Aires), Cidade Autónoma de Buenos Aires. 2017; 77(4):321-328.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

TRANSTORNO MENTAL INDUZIDO POR SUBSTÂNCIAS: RELATO DE CASO

MENTAL DISORDER INDUCED BY SUBSTANCES: CASE REPORT

MARIANA CARDOSO **FERNANDES**^{1*}, BRENO DOS SANTOS **ANTUNES JUNIOR**¹, GLAUDSON GOMES DE **ANDRADE**¹, JÉSSICA SALGADO BADINHANI **MOTA**¹, BRUNO CÓPIO **FÁBREGAS**²

1. Aluno do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professor docente de Psiquiatria do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES).

* Rua Petrópolis, 100, Veneza, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-258. maricf1993@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: As psicoses induzidas por substâncias são transtornos mentais causados diretamente pela ação de substâncias psicoativas no cérebro. Os sintomas podem durar dias a meses. Ocorrem geralmente após uso intenso de drogas psicoestimulantes ou psicodislépticas, como a cocaína e a maconha. Normalmente o quadro clínico cursa com rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, ilusões, alucinações visuais e/ou auditivas, atividade delirante e perplexidade. **RELATO DE CASO:** Masculino, 23 anos, procura Ambulatório da Faculdade de Medicina, com desejo de realizar acompanhamento psiquiátrico devido a surtos psicóticos após consumo de maconha e cocaína. Iniciou o uso dessas substâncias em 2013. Informa que durante uma “rave” fez uso excessivo das drogas por 9 dias consecutivos, quando começou a ter alucinações visuais, auditivas, agorafobia, fonofobia, insônia terminal, delírios de perseguição e pensamentos suicidas. Após esse episódio, consultou a médica da sua unidade de saúde, que lhe prescreveu biperideno 2 mg/dia, sertralina 50 mg/dia, risperidona 2 mg/dia e o encaminhou à psiquiatria, para atendimento. Ao exame físico: paciente eufórico, BEG, lúcido, orientado em tempo e espaço, tranquilo, ausência de pensamentos suicidas. Nessa ocasião, o paciente disse que estava sem usar drogas ilícitas há 2 meses. HF: tios maternos com histórico de esquizofrenia, em tratamento. Após avaliação psiquiátrica detalhada, foi mantida sertralina 50 mg/dia, biperideno 2 mg/dia e aumentado gradativamente a dose de risperidona, alcançando dose máxima de 7 mg/dia. Além disso, foram prescritos: alprazolam 2 mg/d e clorpromazina 50 mg/d. Após 4 semanas de tratamento, apresentou quadros de insônia, agitação psicomotora e possível hipomania, sendo prescrito então divalproato de sódio ER 500 mg/d, com melhora dos sintomas. Paciente manteve boa resposta ao tratamento com evolução estável, assintomático, tendo como possível diagnóstico transtorno mental induzido por uso de drogas. **DISCUSSÃO:** Transtornos psicóticos relacionados ao uso de substâncias, são fenômenos que ocorrem durante ou imediatamente após consumo de drogas psicoativas. Na dependência é comum o mecanismo de tolerância, onde o indivíduo necessita aumentar as doses e a frequência das tomadas. A perturbação que acomete a pessoa, causa sofrimento e

prejuízo no funcionamento social ou profissional, levando a alterações da atenção, memória e aprendizagem. A psicose induzida por substâncias, só pode ser diagnosticada após outros transtornos psicóticos serem descartados. Nas últimas décadas, várias pesquisas indicaram haver relação entre o uso de maconha e o potencial para o desencadeamento de psicoses funcionais, principalmente a esquizofrenia. O consumo precoce de canabinoides é fator de risco para o surgimento de surtos psicóticos. O prognóstico depende de múltiplas variáveis: personalidade pré-mórbida; quantidade e tempo de consumo da substância psicoativa; presença de comorbidade psiquiátrica; acesso ao serviço de saúde; diagnóstico e tratamento precoces; suporte familiar e social. No presente relato, o paciente apresentou boa consciência de morbidade, suporte familiar adequado e boa adesão ao tratamento, o que contribuiu positivamente para o seu prognóstico. **CONCLUSÃO:** O caso clínico em questão ilustra bem as possíveis complicações psiquiátricas do uso de drogas ilícitas e ressalta a importância do tratamento adequado e do suporte familiar como fatores relevantes para um bom prognóstico. Ademais, medidas de saúde pública que visem conscientizar jovens e adolescentes sobre os riscos do uso de tais substâncias podem contribuir para a redução da ocorrência desses casos.

PALAVRAS-CHAVE: Maconha, psicose, psicoestimulantes, transtorno mental.

REFERÊNCIAS

- [1] Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2.ed.-Porto Alegre: Artmed. 2008.
- [2] Hales R, Yudofsky S, Gabbard G. Tratado de Psiquiatria clínica. 5.ed.-Porto Alegre: Artmed. 2012.
- [3] Kuepper R, Van os J, Lieb R, *et al.* Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. BMJ. 2011; 342:d738.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

CEGUEIRA UNILATERAL POR MEIO DA SÍFILIS

UNILATERAL BLINDNESS CAUSED BY SYPHILIS

GABRIELA COELHO TEIXEIRA CAMPOS^{1*}, SHEILA ALVES GOMES TOMAZ¹, AUGUSTO ZBONIK MENDES¹, FERNANDA OLIVEIRA MONTEIRO², MATHEUS DE OLIVEIRA MONTEIRO³

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Acadêmico do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC- MG); 3. Médico da Prefeitura Municipal de Prudente Moraes.

* Rua dos Otoni, 66, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Brasil. CEP: 30150-270. gabictcampos@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sífilis é uma doença infecciosa bacteriana sistêmica causada pelo *Treponema pallidum* sendo a transmissão sexual sua principal forma de contágio. Apresenta-se de forma assintomática ou por uma variedade de sinais e sintomas que variam de acordo com a fase evolutiva da doença. A alteração ocular sífilítica ocorre tipicamente no segundo e no terceiro estágio da doença e assemelha-se com diversas desordens oculares, pois pode acometer diferentes estruturas anatômicas. Portanto, diante de qualquer alteração inflamatória intraocular torna-se necessário a pesquisa laboratorial de diagnóstico de sífilis bem como descartar a existência de outras doenças sexualmente transmissíveis. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, caucasiano, comparece a consulta com queixa de baixa da acuidade visual em olho esquerdo (OE) há 10 dias e escotoma central em OE. Ao exame: acuidade visual corrigida de 20/100 no OE e 20/20 no olho direito. Ectoscopia, motilidade ocular, aferência pupilar e análise do segmento anterior sem alterações. Pressão intra-ocular: 12mmHg. Na tomografia de coerência óptica (OCT) foi encontrado pontos hiperreflexivos acometendo a retina externa. Nos testes laboratoriais foi encontrado hemograma sem alterações. VHS: 32mm/1hour. Sorologia: toxoplasmose IgM negativa/ IgG positiva >650U/ml, Citomegalovírus IgG positiva > 500U/ml/ IgM negativa, VDRL positivo 1/64, Sífilis IgG positiva/ IgM positiva, HIV negativo. Concluiu-se o diagnóstico como o de Coriorretinite Sifilítica, através das sorologias e OCT. **CONCLUSÃO:** A sífilis é considerada a grande mimetizadora de patologias oculares. Suas manifestações oftalmológicas são diversas, incluindo: iridociclite, esclerite, episclerite, ceratite, retinite, vasculite retiniana, neurorretinite, neurite óptica, coriorretinite e descolamento de retina. É importante suspeitar clinicamente de sífilis em todo paciente com uveíte ou outra manifestação intraocular. Deve-se "pensar sífiliticamente", uma vez que a diversidade de manifestações clínicas pode dificultar o diagnóstico e retardar o tratamento, impossibilitando a plena recuperação da acuidade visual.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis, Cegueira, Coriorretinite Sifilítica.

REFERÊNCIAS

- [1] Oréfice F, Alves MR, Neto CAF, *et al.* Série Oftalmologia Brasileira: Uveítes. 4ª ed. São Paulo: Cultura Médica. 2016
- [2] Oréfice F. Uveíte - Clínica e Cirúrgica. Cultura Médica. 2ª Edição. 2005.
- [3] Yanoff M, Duker JS. Oftalmologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

HERMAFRODITISMO VERDADEIRO: RELATO DE CASO

TRUE HERMAFRODITISM: CASE REPORT

ANA CÉLIA HOLLANDA CAVALCANTI **GUIMARÃES**¹, FÉLIX HOLLANDA CAVALCANTI **SOARES**¹,
NATHALIA SIMÕES **FERNANDES**¹, THAIS CARREIRO DE **MORAIS**¹, LUCAS FILIPE CAMPOS
COELHO^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço; 2. Médico residente no Hospital Universitário da Ciências Médicas

* Rua dos Timbiras, 3135, Barro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30140-062. lucas_campos@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Hermafroditismo verdadeiro (HV) é uma patologia rara, definida como uma condição em que há tecido ovariano concomitante ao testicular, sem necessariamente ser acompanhado por ambiguidade genital. Sua prevalência varia de 2 a 10% na maior parte do mundo. O estudo do cariótipo é um passo importante na investigação sendo que o cariótipo mais frequente é 46 XX (60%), seguido por mosaicismo (30%), e por último 46 XY (10%). A maioria desses pacientes são conduzidos a centros de referência em virtude de alguma alteração na genitália externa. A correção cirúrgica é imperativa, optando-se pela preservação dos tecidos gonadais compatíveis com o sexo de criação. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 16 anos, moradora da zona rural, chega a UBS queixando nunca ter menstruado. Sem outras queixas, nega antecedentes patológicos prévios, gestação sem intercorrências e sem história de patologias na família. Ao exame físico, bulhas normofonéticas e normorrítmicas em 2 tempos, murmúrio vesicular fisiológico presente, ausência de ruídos adventícios, abdome indolor a palpação com presença de massa abdominal bilateral. Caracteres sexuais secundários incompatíveis com a idade (M3 e P3 de Turner), exame externo da genitália sem alterações. Foi solicitado uma ultrassonografia abdominal que evidenciou ausência de útero, presença de ovários e de testículo intra-abdominal bilateral. Após, solicitou-se dosagem hormonal com os seguintes resultados: prolactina 8.6 ng/mL, testosterona 508.1 ng/mL, testosterona livre 4.12 ng/mL. Em seguida, foi pedido o cariótipo, cujo resultado foi 46 XY. A paciente foi então encaminhada para o cirurgião, que procedeu a exérese dos testículos e ao endocrinologista para iniciar a terapia de reposição hormonal. **CONCLUSÃO:** O hermafroditismo verdadeiro é uma condição complexa de análise, pois além do aspecto anatômico, aborda o aspecto psicossocial do paciente. Por isso, recomenda-se uma análise multidisciplinar. Ao exame clínico a genitália externa pode ser muito parecida com a genitália de uma mulher normal, em outros o clitóris

pode estar aumentado ou ainda ter ocorrido fusão dos lábios na linha mediana. Porém o HV pode ou não cursar com a genitália ambígua. Os pelos corporais podem ser normalmente femininos em sua quantidade e distribuição, ou masculinos. Os testículos do hermafroditismo masculino não são funcionais, não fazem espermatogênese. O diagnóstico do HV é dependente da constatação histológica de tecido ovariano e testicular em um mesmo indivíduo. Apesar do diagnóstico do caso apresentado ter sido estabelecido e confirmado aos 16 anos, na maioria das vezes, o mesmo é realizado nos primeiros meses ou anos de vida, devido a comum apresentação de alguma variação na genitália externa. Provavelmente o adiamento do diagnóstico de tal paciente se deu devido a ausência de genitália ambígua. Faz-se necessário o acompanhamento multidisciplinar do indivíduo. Todas as estruturas sexuais contraditórias, que possam contribuir para uma desvantagem futura do paciente devem ser retiradas. Especificamente os testículos devem ser removidos nesses casos de HV masculino criados como mulher, independente da produção hormonal.

PALAVRAS-CHAVE: Amenorreia, mosaicismo, cariótipo.

REFERÊNCIAS

- [1] Damiani D, Guedes DR, Damiani D, *et al.* True hermaphroditism: experience with 36 patients. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2005; 49(1), 71-78.
- [2] McPhee SJ, Papadakis MA, & Rabow MW. *CURRENT: Medicina (Lange)* -. Grupo A Educação. 2013.
- [3] Oliveira ECR, da Silva RJA, Lima TL, *et al.* Hermafroditismo Verdadeiro: Relato de Caso 1. Rev. Para. Med. 2012; 26(1).

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

NEURITE ÓPTICA UNILATERAL IDIOPÁTICA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE DO SEXO FEMININO: RELATO DE CASO

IDIOPATHIC UNILATERAL OPTIC NEURITIS IN YOUNG FEMALE IMMUNOCOMPETENT: CASE REPORT

ERIC DE SOUZA **MAGALHÃES**¹, HANA JERMANI **COELHO**^{1*}, JÉSSICA MARTINS **DAMASCENO**¹, MARCOS TADEU **TRINDADE FILHO**¹, EVELYN **JERMANI**², LAÍSS ALBINO DE ALMEIDA **GONÇALVES**³

1. Acadêmico do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Médica especialista em medicina do trabalho; 3. Médica generalista do PSF Nacip Mahmud Lauar.

*Rua Alagoas, 1265, Apto 701, Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP 30130-160. hanajermani@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Neurite óptica consiste em doença inflamatória do nervo óptico, manifestando-se com alteração da acuidade visual, dor, discromatopsia, entre outros sinais e sintomas. Pode ter causa específica ou idiopática e é diagnosticada através de exames clínico, laboratoriais e de imagem. O tratamento varia de acordo com a causa da inflamação. O objetivo deste estudo é identificar as etiologias da patologia, que são muitas, e demonstrar o quão importante é o tratamento precoce para a recuperação total do indivíduo afetado.

RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 24 anos, iniciou quadro de dor em repouso e à movimentação do globo ocular esquerdo em agosto de 2017, associado a leve embaçamento visual. Ao exame oftalmológico não havia anormalidades. Foi realizada uma campimetria óptica que mostrou alteração do campo visual. Uma semana após, a paciente relatava piora da dor, e, ao ser reavaliada a fundoscopia, apresentava papiledema e hiperemia de cabeça de nervo óptico esquerdo. Uma nova campimetria óptica foi realizada que demonstrou piora significativa. Foi internada no dia 5 de setembro de 2017, com outros exames neurológicos normais. Recebeu 5 dias de pulsoterapia, com Metilprednisolona 1g. Punção líquórica, exames laboratoriais e de imagem sem alterações. História familiar de mielite, uveíte anterior, e linfoma não-Hodgkin. Referiu uso de ACO por 7 anos e foi orientada a suspendê-lo com o início dos sintomas. Também relatou ter recebido vacina da gripe duas semanas antes do início dos sintomas. Após 20 dias de pulsoterapia, paciente relatou melhora completa do quadro, campimetria normal e segue em acompanhamento com neurologista e oftalmologista.

CONCLUSÃO: Apesar de frequentemente a neurite óptica apresentar um bom prognóstico, a mesma deve ser sempre classificada como uma urgência oftalmológica. Portanto, diante de uma baixa

súbita de visão, é necessário a rápida avaliação por um especialista que deve realizar o diagnóstico diferencial e indicar prontamente o melhor tratamento, para que as sequelas possam ser extremamente evitáveis. Além disso, a realização de ressonância magnética com contraste é importante para estipular as chances do paciente de apresentar futuramente patologias desmielinizantes.

PALAVRAS-CHAVE: Neurite óptica, Fundoscopia, Campimetria.

REFERÊNCIAS

- [1] Aragão REM de *et al.* Bilateral optic neuritis after dengue viral infection: case report. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 2010; 73(2):175-178.
- [2] Casella AMB *et al.* Retinal nerve fiber layer atrophy as relevant feature for diffuse unilateral subacute neuroretinitis (DUSN): case series. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 2010; 73(2):182-185.
- [3] Monteiro MLR *et al.* Avaliação da camada de fibras nervosas da retina nas afecções neurooftalmológicas da via óptica anterior. Revista Brasileira de Oftalmologia. 2012; 71(2):125-138.
- [4] Toosy AT, Mason DF, Miller DH. Optic neuritis. The Lancet Neurology. 2014; 13(1):83-99.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

CLOUD NINE: A DROGA “ZUMBI” CHEGA AO VALE DO AÇO - RELATO DE CASO QUE ENUMERA AS PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO ENTORPECENTE

CLOUD NINE: THE “ZOMBIE” DRUG ARRIVES IN VALE DO AÇO - A CASE REPORT THAT LISTS THE MAIN CLINICAL MANIFESTATIONS OF THE NARCOTIC

LETICIA TAFF CARVALHO SILVA¹, RAFAELA FERRO VALENTE¹, THAYLA BRANDÃO DUARTE¹, VALÉRIA LOPES CUPERTINO^{1*}, SILVIA BASTOS HENRINGER-WALTHER²

1. Acadêmica do curso de graduação de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço; 2. Professora Doutora, Disciplina Medicina de Família e Comunidade do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço.

* Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza 1, Ipatinga, MG, Brasil. CEP: 35164-251. valerialc2@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: O desconhecimento acerca deste assunto entre a população acadêmica e entre os profissionais de saúde motivou a buscar conhecimento sobre o caso. Além disso, por se tratar de um assunto relativamente novo não existe literatura ampla e ensinada a respeito da droga. O objetivo deste trabalho foi divulgar a droga do zumbi e as principais manifestações clínicas decorrentes de seu uso. A "Cloud Nine" é uma substância sintética conhecida como "sais de banho" que induz alucinações, comportamento violento e até ataques de canibalismo. Pode oferecer um ganho de força de até 16 vezes para o usuário e possui potentes estimulantes e psicoativos - como a mefedrona e metilona, em sua composição.

MATERIAL E MÉTODOS: A informação foi coletada através da análise de exames e anamnese da paciente. Além disso, foi realizada uma revisão de literatura sobre a droga em questão para elucidar as manifestações clínicas apresentadas.

RELATO DE CASO: F.E.O.R, 27 anos, usuário esporádico de cocaína, deu entrada na emergência do hospital contido, socorrido por 2 unidades do SAMU e 1 viatura policial, devido a comportamento atípico após o uso da droga. Familiares relatam que as manifestações iniciaram com inquietude, seguido de comportamento agressivo com uma força diferente do normal, manifestação de alucinações e delírio. Destruíu o ambiente da sala/cozinha com quebra de vários utensílios e móveis; se cortou com vidro, comeu barro e raiz da planta. Chegou ao hospital em péssimas condições de higiene, sujo de barro, lábios muito feridos, sudorese intensa, manifestação atípica e alucinógena. Evoluiu com quadro de rabdomiólise, lesão hepática e icterícia intensa clássica, alteração da função renal, anúria e colúria. Permaneceu cerca de dez dias internado em UTI. Paciente relata que aproximadamente um mês após sua alta, ingeriu

cerveja e manifestou dor abdominal, náuseas, vômitos e icterícia. Exames laboratoriais: 1) Hemograma: leucócitos 17.800/mm³ e plaquetas 31.900/mm³. 2) CPK 26.510u/l. 3) Uréia 78 mg/dl. 4) T. Protrombina 39 seg.; TTP 4 seg. 5) RNI 3,57. 6) EAS: albuminúria, glicosúria, cetonúria, hemoglobínúria e hematúria macroscópica. 7) TGO 158u/l; TGP 1.473 u/l; Amilase 315 u/l. 9) BT total 17,3 mg/dl; BD 7,9 mg/dl; BI 9,40 md/dl. **CONCLUSÃO:** Essa droga é mais conhecida internacionalmente e ganhou o nome “zumbi”, devido a um episódio de canibalismo nos Estados Unidos, onde um usuário, sob o efeito da substância, ingeriu os olhos, o nariz, as bochechas e a boca de um indigente. No Brasil, essas drogas apareceram recentemente e mesmo ilegais, são vendidas facilmente. Dessa forma é necessário informar aos profissionais de saúde sobre a existência da substância, e assim contribuir para o diagnóstico precoce e tratamento dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Droga zumbi, Cloud nine, entorpecente.

REFERÊNCIAS

- [1] Ribeiro E, Magalhães T, Dinis-Oliveira R. Mefedrona, a Nova Droga de Abuso: Farmacocinética, Farmacodinâmica e Implicações Clínicas e Forenses. Acta Médica Portuguesa. 2012; 25(2).
- [2] Nhuch E. Drogas de Desenho: Sais de Banho (Bath Salts). 2014. [acesso em: 30 mar. 2018]. Disponível em: <https://abqrs.com.br/drogas-sinteticas-sais-de-banho-bath-salts/>
- [3] Presse DF. Canibalismo pode ser novo efeito de droga sintética disseminada nos EUA. 2012. [acesso em: 29 mar. 2018] Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2012/06/canibalismo-pode-ser-novo-efeito-de-droga-sintetica-disseminada-pelos-eua.html>

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA ASSIMÉTRICA EM GESTANTE ADOLESCENTE PREVIAMENTE ASSINTOMÁTICA: RELATO DE CASO**ASYMMETRIC HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY IN PREGNANT ASYMPTOMATIC ADOLESCENT: CASE REPORT**

MARCELO CÂNDIDO SARMENTO DRUMOND **NOBRE**¹, STÉPHANIE CALIXTO **SARTORI**¹, LAÍS SIMIÃO **GARCIA**¹, ARIANE SIMIÃO **GARCIA**², ANDRÉ LUIZ CÂNDIDO SARMENTO DRUMOND **NOBRE**^{3*}

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES – Univaço, Ipatinga, MG; 2. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Nove de Julho – Uninove, São Paulo, SP; 3. Cardiologista, Ecocardiografista, Mestre em Cuidado Primário em Saúde, Professor do Internato Microrregional em Urgência e Emergência das Faculdades Integradas Pitágoras, FIP-MOC, Montes Claros, MG.

* Rua Tupiniquins, número 351, Melo, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. CEP: 39401-070. andreluiznobre@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Cardiomiopatia Hipertrófica (CMH) é caracterizada por hipertrofia predominante do Ventrículo Esquerdo (VE), com sua forma assimétrica, apresentando ou não obstrução à ejeção sistólica, herdada de forma autossômica dominante. Possui evolução clínica variável, sendo a dispneia um dos principais sintomas. **RELATO DE CASO:** Gestante, 16 anos, 38 semanas de idade gestacional, previamente hígida, iniciou quadro sintomático de descompensação cardíaca, com edema de membros inferiores e dispneia. Ao exame físico identificou-se sopro sistólico em foco aórtico. Ecocardiograma transtorácico mostrou aumento importante do átrio esquerdo, função sistólica biventricular preservada, presença de hipertrofia septal assimétrica (relação Septo Interventricular / Parede posterior do VE em 3,75) com gradiente sistólico à via de saída do VE, regurgitações valvares mitral e tricúspide leves e padrão de disfunção diastólica grau II (padrão pseudonormal). Paciente submetida a cesariana de emergência, posteriormente estabilização do quadro congestivo cardiovascular em Unidade de Terapia Intensiva. Introduzido medicações: AAS, espironolactona, furosemida, carvedilol e captopril. O quadro de insuficiência cardíaca foi estabilizado. O neonato não apresentou sinais clínicos decorrentes da doença materna. No puerpério a paciente passou por nova avaliação cardiológica e eletrocardiografia dinâmica ambulatorial em 24 horas não mostrou arritmias ventriculares malignas ou outras alterações. **DISCUSSÃO:** Gestantes com CMH previamente assintomáticas são raras, sendo a descompensação cardíaca ocasionada pela hipervolemia fisiológica da gestação. Indivíduos devem passar por assistência pré-natal em serviço de alto risco, incluindo orientação cardiológica. A via de parto deve ser realizada por indicação obstétrica. Prostaglandinas e vasodilatadores

devem ser evitados, bem como a hiperidratação a fim de evitar descompensações cardíacas. **CONCLUSÃO:** Deve-se instituir ou manter o tratamento medicamentoso otimizado, conforme avaliação de riscos e benefícios referentes a drogas potencialmente teratogênicas. Quando controlada de forma medicamentosa, os fetos de mães com esta patologia frequentemente possuem evolução neonatal favorável.

PALAVRAS-CHAVE: Cardiomiopatia hipertrófica assimétrica, insuficiência cardíaca; gestação.

REFERÊNCIAS

- [1] Papadakis, MA, *et al.* Current Medical Diagnosis and Treatment 2017. 56th ed. New York; McGraw-Hill. 2017.
- [2] Lopes, AC, *et al.* Tratado de Clínica Médica. 3º ed. São Paulo: Roca. 2016.
- [3] Longo, DL, *et al.* Harrison's Principles of Internal Medicine. 25th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2016.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

SUSPEITA DE SÍNDROME DE COSTELLO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

SUSPECTED COSTELLO SYNDROME WITH SYSTEMIC COMPLICATIONS

LUCAS D'ALMEIDA **FRANCO**^{1*}, BERNARDO CORREA GRACIOLLI DE **ASSIS**¹, AMANDA GUIMARÃES **DAL COL**¹, ISABELA RIBEIRO **CAMARGOS**¹, JEFFERSON HOPPER DO **CARMO**²

1. Acadêmico de graduação do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor da Disciplina de Pediatria do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua Novo Hamburgo, 320/Apto 401, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-252. lucsf franco7@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A síndrome de Costello é uma patologia dominante causada por mutações no cromossomo 11. Há distúrbios envolvendo proteínas de crescimento celular e a mutação é visível em 90% das pessoas com sinais clínicos. A patologia é muito rara com 200-300 casos confirmados no mundo. Na clínica, há desordem global no desenvolvimento, envolvendo características craniofaciais, baixo ganho de peso, atraso no desenvolvimento e alterações cardíacas importantes no acompanhamento do paciente. Neste trabalho, propomos o relato de caso de um diagnóstico clínico de Síndrome de Costello associado a importância do atendimento multidisciplinar da rede pública para o correto desenvolvimento da criança. Há necessidade de diversos profissionais da área da saúde para o acompanhamento do paciente. **RELATO DE CASO:** Escolar de 5 anos apresenta alterações sistêmicas desde sua gestação. Possuiu diagnóstico de hidronefrose na 16ª semana de gestação através de uma ultrassonografia. Realizou cirurgia intra-útero para retirada de líquido e alívio do quadro. Realizou pielostomia com treze dias de vida após diagnóstico de estenose de JUP à esquerda. Aos três anos, foi submetido a pieloplastia para correção. Observado sopro sistólico grau III em borda esternal esquerda e, após exames, foi identificado estenose valvar pulmonar. Aos três anos, realizou valvuloplastia para correção. Há características cranioesqueléticas de protuberância frontal e occipital, orelhas de implantação baixa, dentição irregular. Pela escala de Denver, aplicada ao consultório, paciente possuía atraso global do desenvolvimento. Realizou o acompanhamento genético, mas ainda não possui o diagnóstico claro. A principal suspeita é de Síndrome de Costello pelas características sistêmicas do paciente. Há atraso no ganho de peso e estatura pela curva de crescimento. **DISCUSSÃO:** Neste caso, a clínica se faz presente. As suspeitas do presente caso se dão através dos estudos e relatos comparados às características do paciente. O diagnóstico molecular é difícil ao nosso meio, contudo, o mais importante no

momento se faz pelo acompanhamento. O prognóstico do caso pode ser bem reservado, dependendo diretamente da clínica e das repercussões. Cabe aos médicos que acompanham dar o melhor suporte e conduzir sua evolução da maneira mais ética e justa possível. Contudo, há casos literários de alta sobrevida presentes em nosso meio, o que justifica a importância do acompanhamento multidisciplinar. **CONCLUSÃO:** A síndrome de Costello é uma patologia rara, de etiologia genética e fenótipo variável, cujo diagnóstico molecular frequentemente está indisponível em nosso meio. É preciso que pediatras estejam atentos aos critérios clínicos para que possam suspeitar dessa condição e prover o acompanhamento adequado. O acompanhamento multidisciplinar é importante devido às máis-formações apresentadas e à possibilidade de alta sobrevida. O apoio do nutricionista para ganho de peso, do fisioterapeuta para regularidade dos movimentos, do fonoaudiólogo para auxiliar no desenvolvimento da fala e respiração. Em caso de complicações, faz-se a necessidade de decisão, junto à família, da melhor conduta sobre o caso

PALAVRAS-CHAVE: Prognóstico, Osteomuscular, genética, Costello.

REFERÊNCIAS

- [1] Axelrad ME, Glidden R, Nicholson L, Gripp KW. Adaptive skills, cognitive, and behavioral characteristics of Costello syndrome. Am J Med Genet A. 2004; 128A(4):396-400.
- [2] Gripp KW, Stabley DL, Nicholson L, Hoffman JD, Sol-Church K. Somatic mosaicism for an HRAS mutation causes Costello syndrome. Am J Med Genet A. 2006; 140(20):2163-9.
- [3] Hennekam RC. Costello syndrome: an overview. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2003; 117C(1):42-8.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

DOENÇA DE BESNIER-BOECK-SCHAUMANN ACOMETENDO APARELHO RESPIRATÓRIO E SISTEMA TEGUMENTAR: RELATO DE CASO**BESNIER-BOECK-SCHAUMANN DISEASE ACCOMPANYING RESPIRATORY APPARATUS AND TEGUMENTARY SYSTEMS: CASE REPORT**

LORENA BRETAS STELZER **TAVARES**^{1*}, ANA FLÁVIA EMERY **SANTOS**¹, BRUNO BITTENCOURT **PROCÓPIO**¹, LÍVIA SILVA DE PAULA **FARIA**², JAMILLE HEMÉTRIO SALLES MARTINS **COSTA**³, JULIANO LEONEL **THIESEN**⁴

1. Aluno do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Aluno do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA); 3. Especialista em Clínica Médica; Médica Atuante no Hospital Márcio Cunha; 4. Diretor Clínico Hospital e Clínica Ciência; Pós Graduado em Dermatologia IMS e ISBRAE.

* Rua Pedro Nolasco, 471, Centro, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35170-300. lorenanj@icloud.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Sarcoidose foi descrita por Jonathan Hutchinson, em 1877, desde então, foi possível visualizar e analisar diversas descrições que são reconhecidos como diferentes apresentações da doença. É uma doença multissistêmica de etiologia incerta, que possui apresentação, progressão e prognóstico variáveis. As manifestações pulmonares estão presentes em até 90% dos pacientes, dos quais 20% a 25% desenvolvem comprometimento funcional permanente.

RELATO DE CASO: Homem, 44 anos, negro, previamente hígido, relata aparecimento de lesões granulomatosas e vegetantes em região orbitária há 2 anos, sem prurido, dor, febre ou sangramento associados. Evoluiu com fadiga, dispneia, anorexia e febre baixa. À ectoscopia, apresentava-se taquicárdico e taquipneico. Esforço respiratório leve, MV diminuído e crepitações bilaterais basais ao final da inspiração. Exame histopatológico e história clínica, foi confirmado o diagnóstico de Sarcoidose. Prescrito prednisona 60mg/dia, VO. Melhora completa do quadro em 3 semanas, porém mantido esquema terapêutico por 12 meses. A cada 6 semanas foram reavaliados radiografia de tórax, teste de função pulmonar e realizados eletrocardiograma e avaliação oftalmológica para descartar possíveis lesões de órgão-alvo.

DISCUSSÃO: A sarcoidose é uma patologia a qual afeta múltiplos órgãos, acomete entre 25-40 anos. Ocorre predominantemente negros e mulheres, além de ser mais comum em países desenvolvidos. A provável patogênese consiste na interação entre fatores ambientais e genéticos. A apresentação da doença depende da extensão e gravidade do órgão envolvido. 5% dos casos são assintomáticos e detectados pela radiografia de tórax. Queixas sistêmicas de febre, anorexia e artralgias ocorrem em 45% dos casos. Queixas pulmonares, dispneia aos esforços, tosse, dor torácica e hemoptise, ocorrem em 50% dos casos. O

olho e os anexos estão envolvidos em 25 a 80% dos pacientes com sarcoidose. A uveíte anterior é a manifestação mais comum, ocorrendo em 65% dos pacientes com envolvimento oftalmológico. No tratamento da sarcoidose ocular os corticosteroides tópicos são eficazes. A maioria dos pacientes requer apenas terapia sintomática com AINEs. Muitos pacientes não necessitam de terapia, e suas condições melhoram espontaneamente. **CONCLUSÃO:** Por tratar-se de uma patologia com diversas formas clínicas, que acometendo vários órgãos e sistemas, e pouco conhecida pela medicina, a Sarcoidose pode ser confundida com outras doenças comuns na prática clínica, como hanseníase, tuberculose cutânea, sífilis, infiltrações linfocitárias ou quadro pulmonares. A suspeita deve ser baseada em critérios clínicos e histopatológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Sarcoidose, dermatologia, multissistêmico.

REFERÊNCIAS

- [1] Nóbrega BB, *et al.* Sarcoidose pulmonar: achados na tomografia computadorizada de alta resolução. J. bras. pneumol. 2005; 31(3).
- [2] Thölken FM, *et al.* Manifestação clínica de sarcoidose sistêmica após preenchimento cutâneo. Surgical & Cosmetic Dermatology. 2017; 9.
- [3] Nardi A, *et al.* Stage IV sarcoidosis: comparison of survival with the general population and causes of death. Eur Respir J. 2011; 38.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

DOENÇA DE DUHRING-BROCQ SE APRESENTANDO DE FORMA ATÍPICA ASSOCIADA À DOENÇA CELÍACA: UM RELATO DE CASO

DUHRING-BROCQ DISEASE ASSOCIATED WITH CELIAC DISEASE: A CASE REPORT

LORENA BRETAS STELZER **TAVARES**^{1*}, ELISA BENETTI DE PAIVA **MACIEL**¹, FILIPE HOLLANDA CAVALCANTI **SOARES**¹, LÍVIA SILVA DE PAULA **FARIA**², JAMILLE HEMÉTRIO SALLES MARTINS **COSTA**³, JULIANO LEONEL **THIESEN**⁴

1. Aluno do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Aluno do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA); 3. Especialista em Clínica Médica; Médica Atuante no Hospital Márcio Cunha; 4. Diretor Clínico Hospital e Clínica Ciência; Pós Graduado em Dermatologia IMS e ISBRAE.

* Rua Pedro Nolasco, 471, Centro, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35170-300. Lorenanj@icloud.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença de Duhring-Brocq ou dermatite herpetiforme (DH) consiste em uma patologia inflamatória cutânea bolhosa. Geralmente apresenta evolução benigna, com posterior formação de pápulas bilaterais repletas de plasma e células inflamatórias. De acordo com Farinha *et al.* (2016), a etiopatogenia envolve uma reação do sistema imunológico e é associada com frequência às doenças intestinais, a exemplo da doença celíaca, enteropatia induzida pelo glúten. A DH é mais incidente no norte da Europa e acomete preferencialmente caucasianos, entre segunda e quarta décadas de vida, com proporção de 1:100.000 pessoas. **RELATO DE CASO:** Adolescente de 16 anos, gênero feminino, desde os 4 anos de idade faz acompanhamento por lesões de pele, sem resolução. Apresentam períodos de exacerbação e acalmia, surgem como pápulas pruriginosas em membros superiores, com progressão para tronco, membros inferiores e região sacral. Usados emolientes, anti-histamínicos, corticóides, quimioterapia e imunoglobulinoterapia, entretanto, houve falha terapêutica. Realizado biópsia e revelado dermatite herpetiforme, por provável sensibilidade ao glúten. O tratamento baseou-se em eliminar da dieta este nutriente, com exclusão de alimentos que contenham farinha de trigo, cevada, aveia e centeio. Além disso, foi prescrito dapsona 50mg/dia como dose inicial e incentivado uso de emolientes. Realizado orientações a respeito da patologia, recidivas, exames complementares e controle da doença. Em 2 meses, remissão completa do quadro. **DISCUSSÃO:** Segundo Mendes *et al.* (2013), a dermatite herpetiforme apresenta etiopatogenia não compreendida. Sabe-se que possui alta prevalência em pacientes portadores de genótipo HLA DR3, HLA DQw2, HLA B8 e HLA DQ8, assim como em pacientes portadores de Doença Celíaca. Ademais, consiste em uma patologia extremamente rara, a qual afeta jovens adultos, com predomínio em homens em uma proporção de 2:1. Em pacientes abaixo de 20

anos, a proporção se inverte, sendo 12 mulheres: 8 homens. Rose C. (2010) descreve as lesões cutâneas, que se iniciam como pápulas eritematosas, pruriginosas ou em queimação. Estas apresentam crescimento centrífugo e distribuição simétrica, que podem ou não conter secreção purulenta ou hemorrágica. As áreas mais acometidas são MMII, cotovelos, glúteo e região sacral, enquanto, lesões em mucosas são menos frequentes. **CONCLUSÃO:** Por tratar-se de uma paciente atópica, a manifestação da dermatite nem sempre ocorreu de forma clara, dificultando o achado. Contudo um olhar mais ampliado, com ênfase na anamnese, associado ao acompanhamento progressivo da paciente, permitiu diagnóstico definitivo.

PALAVRAS-CHAVE: Dermatologia, Dermatiteherpetiforme, depressão.

REFERÊNCIAS

- [1] Mendes FBR, *et al.* Review: dermatites herpetiformis. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro. 2013; 88(4):594-599.
- [2] Rose C, *et al.* Clinical, histological and immunopathological findings in 32 patients with dermatitis herpetiformis Duhring. J Dtsch Dermatol Ges. 2010; 8:265-270.
- [3] Farinha S, *et al.* Dermatite herpetiforme: caso clínico. 2016.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

FEBRE AMARELA COM EVOLUÇÃO PARA FALÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE: EXPECTATIVAS DO TRANSPLANTE HEPÁTICO

YELLOW FEVER WITH EVOLUTION FOR FULMINANT HEPATIC FAILURE: EXPECTATIONS OF HEPATIC TRANSPLANTATION

MARINA LEITE **GONÇALVES**¹, SAMILLA CRISTINE LIMA **OLIVEIRA**^{1*}, THAYS DE OLIVEIRA **ROCHA**¹, RENAN MURTA SOARES DE **ALMEIDA**²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina do IMES; 2. Médico Intensivista no Hospital Santa Casa da Misericórdia – BH.

* Av Itália, 2910, apto 204, Caruru, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35160-115. samillalima93@gmail.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A febre amarela é uma doença hemorrágica viral aguda, causada por um arbovírus do gênero Flavivirus. Dos infectados, 10% a 15% evoluem de forma grave, chegando a hepatite fulminante e morte. O controle e a prevenção da doença são fundamentais, já que a cura ainda é algo incerto nesses casos. **RELATO DO CASO:** Paciente, gênero feminino, 41 anos, natural de Brumadinho – MG. Encaminhada para uma unidade hospitalar de Belo Horizonte - MG, com um quadro de febre, mialgia, dor abdominal e queda do estado geral de início há 7 dias. Exames evidenciaram aumento de transaminases, bilirrubinas, plaquetopenia e proteinúria. A PCR veio positiva para febre amarela, apesar de a paciente ter sido vacinada em 2001. Evoluiu com encefalopatia hepática e rebaixamento de sensório, necessitando ser intubada. Devido à insuficiência hepática fulminante, foi inscrita no programa de transplante hepático. Após dois dias do começo do quadro iniciou plasmaférese. No dia seguinte foi submetida ao transplante. Após, deu entrada no CTI já sem uso de noradrenalina (NE) e, posteriormente, foi retirada a sedação. Entretanto, apresentou agitação, além da necessidade de reiniciar NE, com aumento progressivo. Em 12h evoluiu para Injúria Renal Aguda e piora do quadro, vindo à óbito.

CONCLUSÃO: Por ser uma doença ainda sem tratamento específico, torna-se fundamental a vigilância epidemiológica, com ênfase no controle e ações preventivas, principalmente visando a vacinação. Sabe-se que a proteção vacinal é superior a 95%, mas existem falhas, em que pessoas vacinadas não adquirem imunidade. Além disso, muitos são os desafios com o manejo da doença, sobretudo nas formas graves. Dessa forma, necessita-se maiores estudos para o tratamento, principalmente no que tange a eficácia do transplante hepático e o momento adequado para realizá-lo.

PALAVRAS-CHAVE: Febre Amarela, falência

hepática aguda, transplante de fígado.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde. Guia para profissionais de saúde. Febre Amarela. 2017. [acesso 15 abr. 2018] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_amarela_guia_profissionais_saude.pdf
- [2] Minas Gerais; Manejo Clínico de Febre Amarela. Governo do Estado de Minas Gerais, 2017. [acesso 15 abr 2018] Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>
- [3] Vasconcelos PFC. Febre amarela. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2003; 36(2):275-293.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÊMUR EM IDOSOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA EM ASCENSÃO, COM NECESSIDADE DE MEDIDAS PREVENTIVAS

FRACTURE OF PROXIMAL END IN THE ELDERLY: A PUBLIC HEALTH PROBLEM IN ASCENSION, WITH THE NEEDS OF PREVENTIVE MEASURES

MARINA LEITE **GONÇALVES**¹, SAMILLA CRISTINE LIMA **OLIVEIRA**^{1*}, THAYS DE OLIVEIRA **ROCHA**¹, RENAN MURTA SOARES DE **ALMEIDA**²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina do IMES; 2. Médico Intensivista no Hospital Santa Casa da Misericórdia – BH.

* Avenida Itália, 2910, apto 204, Cariru, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35160-115. samillalima93@gmail.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A frequência de fraturas da extremidade proximal do fêmur apresentou um aumento importante nas últimas décadas. Acredita-se que esteja relacionada com o aumento da população idosa. Com isso, há aumento de mortalidade e perda funcional, pois acomete, muitas vezes, indivíduos com outras comorbidades. **RELATO DO CASO:** Paciente, gênero feminino, 78 anos, previamente hipertensa, cardiopata, em uso de marcapasso definitivo há 10 anos, FA permanente em uso domiciliar de marevan, AVEi há 5 anos. Em uso de losartan, pantoprazol, clonazepam. Admitida em unidade hospitalar após queda da própria altura apresentando fratura de colo de fêmur à esquerda (Garden IV). Relato de vida ativa e independente antes do trauma. Durante internação intercorreu com delirium hiperativo, com necessidade de neurolépticos. Realizada artroplastia de quadril esquerdo 15 dias após a queda. Antibioticoprofilaxia com cefuroxima. No POI foi admitida no CTI, ainda desorientada no tempo e no espaço. No 1º DPO apresentou 2 picos febris, porém evoluiu afebril e sem critérios infecciosos. A ferida operatória manteve bom aspecto, sem sinais flogísticos, sem secreções e sem sinais de deiscência. No 3º DPO houve melhora clínica e laboratorial, possibilitando assim, alta do CTI para o quarto, onde foi avaliada diariamente pela ortopedia. **CONCLUSÃO:** Nos idosos, as fraturas decorrem principalmente de traumas de baixa energia, como queda da própria altura, e acarretam várias complicações clínicas. Isso gera um custo elevado para os sistemas de saúde. Dessa forma, medidas comportamentais, controle de medicações que possam ter efeito hipnótico, administração de medicações para evitar a fragilidade óssea, dentre outras, são extremamente importantes nesse ponto fundamental, que é a prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Fraturas do fêmur; saúde pública; prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

- [1] Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014; 17(1):201-209.
- [2] Duca GFD, Antes DL, Hallal PC. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013; 16:68-76.
- [3] Ferreira ACF, Almeida DR, Campos WNL, *et al.* Incidência e caracterização de idosos na clínica ortopédica do Hospital Regional Cáceres por fratura de fêmur. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*. 2013; 4(2):1932-1941.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

HIDRONEFROSE CONGÊNITA COM DIAGNÓSTICO INTRA-ÚTERO – RELATO DE CASO

CONGENITAL HYDRONEPHROSIS WITH INTRA-UTERUS DIAGNOSIS - CASE REPORT

AMANDA GUIMARÃES DAL COL^{1*}, LUCAS D'ALMEIDA FRANCO¹, BERNARDO CORREA GRACIOLLI DE ASSIS¹, ISABELA RIBEIRO CAMARGOS¹, JEFFERSON HOPPER DO CARMO²

1. Acadêmico de graduação do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor da Disciplina de Pediatria do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior

* Rua João Patrício de Araújo, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. amandaguimaraesdalcol@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Hidronefrose é a mais frequente alteração encontrada no trato urinário fetal pela ecografia obstétrica. A maioria é unilateral, porém 17 a 30% podem ser bilaterais. Quando isso ocorre deve-se suspeitar de afecção vesical ou infravesical. Essas dilatações renais ocorrem em 1 a 5% de todas as gestações, sendo que boa parte das é transitória e 48% irá se resolver espontaneamente até após o nascimento.

RELATO DE CASO: Paciente feminino, diagnóstico Intra-Útero (IU) de Hidronefrose de Grignon em rim esquerdo grau 3, com 21 semanas e 6 dias, que se estabilizou na 34 semana. Nascimento em 15/08, com 39 semanas e 1 dia, sem complicações, com antropometria e desenvolvimento dentro da normalidade. Realizado US dinâmico dos rins, evidenciando estenose no início do ureter esquerdo próximo a pelve renal, que se encontrava dilatada, sendo, portanto, indicada cirurgia com colocação de cateter duplo J. Em 31/08, foi realizado pieloplastia a Anderson-Haynes para o tratamento, havendo complicação cirúrgica com infecção por *Pseudomonas aeruginosa* e subsequente infecção fúngica, ambas sendo tratadas farmacologicamente. Foi realizado outro ultrassom urodinâmico, demonstrando redução da dilatação, dimensão maior do rim esquerdo comparado ao direito, com função renal e vesical preservadas.

DISCUSSÃO: Entre as etiologias da insuficiência renal crônica, as uropatias são, possivelmente, as únicas em que o tratamento precoce, evitando episódios infecciosos e uma sobrecarga de pressão sobre o parênquima renal, pode prevenir perda da função renal. Atualmente, o diâmetro anteroposterior da pelve renal (DAP) em plano transversal é o critério ultrassonográfico mais utilizado no diagnóstico. Existe uma tendência de se considerar que a presença de hidronefrose fetal, estabelecida como DAP maior que 5 mm em qualquer idade gestacional, deve ser sempre investigada no período pós-natal, embora haja opiniões divergentes. Para uma abordagem adequada no período pré-natal, bem como no planejamento da conduta pós-

natal, é importante que o diagnóstico diferencial possa ser inferido ainda pela US fetal. Atualmente, tem-se tornado claro que hidronefrose não é sinônimo de obstrução, e a distinção no feto entre um processo obstrutivo e um não-obstrutivo ainda não é possível. Contudo, com uma observação minuciosa da anatomia do trato urinário fetal, muitas informações essenciais podem ser obtidas para se estabelecer o tratamento e o prognóstico da hidronefrose fetal. **CONCLUSÃO:** Como conclusão, acreditamos que o diagnóstico pré-natal de anomalias estruturais do trato urinário é uma oportunidade de influenciar favoravelmente a evolução da gestação e da abordagem perinatal das crianças portadoras de uropatias. O maior avanço obtido com o diagnóstico pré-natal é a possibilidade de atuar na prevenção da deterioração de um parênquima renal muitas vezes já com dano importante. Para que esse objetivo possa ser atingido, não se deve negligenciar mesmo pequenas dilatações da pelve renal fetal, e a ecografia do trato urinário e a cisto-uretrografia miccional devem ser realizadas em todos os neonatos com história de hidronefrose fetal, após a instituição da quimioprofilaxia de infecções urinárias.

PALAVRAS-CHAVE: Hidronefrose, congênita, diagnóstico, precoce.

REFERÊNCIAS

- [1] Burns DAR, *et al.* Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP, 2017. DUVAL, J.M. *et al.* Ultrasonography anatomy and diagnosis of fetal uropathies affecting the upper urinary tract. I - Obstructive uropathies. *Anat Clin.* 1985; 7:301-332.
- [2] Kliegman R. *et al.* Nelson tratado de pediatria. Elsevier Brasil. 2014.
- [3] Teixeira CBB, Cancado MAP, Carvalhaes JT de A. Refluxo Vesicoureteral primário na infância: tratamento conservador versus intervenção cirúrgica. *J. Bras. Nefrol.* São Paulo. 2016; 36(1):10-17.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA SECUNDÁRIA À DOENÇA FIBRODISPLÁSICA DE ARTÉRIA RENAL: RELATO DE CASO

SECONDARY SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION TO FIBRODISPLASIC DISEASE OF RENAL ARTERY: CASE REPORT

AMANDA ROSSI PONCIO **VITA**¹, ANA ELIZA ALVES **TRAVERNIZOLI**¹, ELIENAY CASSIO **OLIVEIRA**¹, FLÁVIA ROBERTA **SOUZA**^{1*}, NORBERTO SÁ **NETO**²

1. Acadêmico do curso de graduação em Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES; 2. Professor das disciplinas Emergências Clínicas e Habilidades Médicas II, do curso Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES.

* Rua João Patrício de Araújo, 179, Veneza 1, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. flaviarobertasouza01@gmail.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: a fibrodisplasia de artéria renal corresponde a uma enfermidade que se enquadra como a segunda maior causa de hipertensão de origem renovascular e acomete em sua maioria pacientes do sexo feminino na faixa etária entre 20 e 50 anos. É uma doença caracterizada por estenose assim como aneurismas das artérias de médio calibre. **RELATO DE CASO:** trata-se de paciente do sexo feminino, 34 anos, hipertensa há aproximadamente 13 anos, em uso contínuo de losartana e atenolol. Vinha evoluindo com quadro de hipertensão não controlada, sendo solicitada pelo cardiologista assistente a realização de aortografia abdominal e arteriografia renal bilateral, cujas alterações foram sugestivas de estenose de ambas artérias renais devido a fibrodisplasia muscular. O diagnóstico foi confirmado com angioprofilaxia de artérias renais. Exames laboratoriais: Creatina 0,7 (valor de referência - VR: 0,6-1,2 mg/dL), Ureia 24 (VR: 16-40 mg/dL), Potássio 3,90 (VR: 3,5-5,5 mmol/L), TSH 1,08 (VR: 0,3-4 mU/L). Após estudo do fluxo sanguíneo das artérias renais através da medida da reserva de fluxo fracionada – FRR, foi realizada angioplastia bilateral, com balões Sterling, sem intercorrências durante o procedimento e no pós-operatório. Logo, apresentou boa resposta ao tratamento. Assim que tais níveis foram normalizados, a paciente recebeu alta hospitalar para continuação do tratamento com controle ambulatorial da doença com médico assistente. **DISCUSSÃO:** a fibrodisplasia possui uma etiologia não inflamatória, não aterosclerótica, afetando mais comumente as mulheres jovens, de raça branca, e acometendo mais frequentemente artérias renais e artérias carótidas extracranianas. As manifestações clínicas da fibrodisplasia muscular variam de acordo com o grau de obstrução, com a irrigação colateral e com o órgão suprido pela artéria. Essa pode ser uma doença silenciosa, porém, quando a artéria renal é acometida, a

isquemia causada pela estenose do vaso, gera níveis pressóricos muito elevados. **CONCLUSÃO:** a estenose de artéria renal constitui uma relevante causa de hipertensão arterial de etiologia secundária, e a fibrodisplasia se insere como a causa principal para a ocorrência de tal estenose. Sendo assim, em casos de hipertensão de difícil controle, é essencial seguir com propedêutica de investigação para estenose de artéria renal, haja vista que esta é uma das causas reversíveis de hipertensão, com tratamento eficaz e seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial secundária, fibrodisplasia de artéria renal, angioprofilaxia.

REFERÊNCIAS

- [1] Metzger PB, Kambara AM, Barbato HÁ *et al.* Abordagem endovascular de paciente com fibrodisplasia de artéria renal bilateral associada a volumoso aneurisma renal. *Rev. Bras. de Cardiol. Invasiva*, São Paulo. 2015; 23(2):145-147;
- [2] Oliveira JJ, Silva SRAS, Breve revisão: Hipertensão renovascular. Grupo Editorial Moreira Jr, Goiás. 2011; 68(7/8).
- [3] Pontes TC, Rufino GP, Gurgel MG, *et al.* Displasia fibromuscular: um diagnóstico diferencial para as vasculites. *Rev. Bras. de Reumatol.*, Universidade Federal da Paraíba. 2011; 52(1):66-74.
- [4] Souza FM, Chagas WR, Avelar M, *et al.* Hipertensão renovascular por displasia fibromuscular. *Jor. Vasc. Brasileiro*, Governador Valadares. 2005; 4,(1).

RESUMO – APRESENTAÇÃO PAINEL

DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL – UM RELATO DE CASO

DIFFICULTY IN THE DIAGNOSIS OF VISCERAL LEISHMANIASIS - A CASE REPORT

LARISSA CRUZ **TERRA**^{1*}, GABRIELA GIDI **MOTA**¹, JAMILE GONÇALVES NACUR **NAGEM**¹, LUDIMILA SANTOS **VIANA**¹, THAIZA HOLLANDA MENDES **MENEZES**²

1. Acadêmico do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Médica, graduada pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

*Rua Novo Hamburgo, 320, apt 504, Veneza 1, Minas Geras, Brasil. CEP: 35164-252. laricterra@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A leishmaniose visceral, ou calazar, é uma doença parasitária crônica causada no Brasil principalmente pelo protozoário da espécie *Leishmania chagasi*. A transmissão ocorre através da picada do mosquito fêmea *Lutzomyia longipalpis*, “mosquito palha”, em um cão infectado pela leishmania, contaminando assim o mosquito (vetor) que pode transmitir para outro cão ou para o ser humano ocasionando a Leishmaniose. Apresenta como sinais e sintomas febre de longa duração, anemia, astenia, perda de peso e hepatoesplenomegalia e, se não tratada pode ser fatal. A doença acomete em áreas endêmicas sobretudo crianças menores de 10 anos. No entanto, foi observado uma modificação na distribuição dos casos encontrando uma prevalência de altas taxas nos grupos de adultos jovens em alguns focos urbanos avaliados. No Brasil a importância dessa doença não se restringe apenas a alta incidência e ampla distribuição, mas abrange também a possibilidade de ocorrer com o quadro clínico de formas graves com possibilidade de óbito, principalmente quando associado a infecções e desnutrição. Mesmo com grande parte dos casos de leishmaniose visceral subnotificados o Brasil é, atualmente, responsável por cerca de 90% dos casos da América Latina. **DISCUSSÃO:** Paciente do sexo feminino, 20 anos, natural de Santana do Paraíso, compareceu à consulta apresentando o quadro clínico de febre prolongada, dor crônica em hipocôndrio, com maior intensidade do lado direito, urina turva e espumosa, astenia, cefaléia e náuseas. Ao exame físico foi evidenciado abdome doloroso à palpação em hipocôndrio direito. Fez uso de medicação para analgesia, hidratação e foi solicitado um ultrassom de abdome total. Retorna com resultado do exame: esplenomegalia homogênea; hipermetorismo intestinal. Foi solicitado hemograma completo, exame sumário de urina, parasitológico de fezes, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina e proteinúria de 24 horas. Retornou à consulta com piora do quadro clínico após 7 dias e foi encaminhada à UPA. A paciente foi

internada com diagnóstico de leishmaniose visceral após quadro clínico compatível e exames evidenciando pancitopenia. O resultado da sorologia confirmou o diagnóstico. A paciente apresentou resposta favorável ao tratamento e recebeu alta com orientações de controle sorológico a cada 3 meses e acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** É importante estar atento aos sinais e sintomas sugestivos da leishmaniose visceral em busca da redução da letalidade por meio do diagnóstico e do tratamento eficazes e oportunos. Para isso, uma das estratégias é a implantação do teste rápido na atenção básica de todo o país. É notório que ainda há uma grande subnotificação de casos e um déficit no fortalecimento da integração entre vigilância e assistência visando a prevenção e controle da transmissão da zoonose. Portanto, as medidas de vigilância ainda são as melhores opções para controle da leishmaniose visceral. A educação da população em relação aos meios de transmissão e a identificação das áreas endêmicas, são formas efetivas para o combate da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Leishmaniose visceral, Brasil, Mosquito palha, Calazar.

REFERÊNCIAS

- [1] Alves WA. Leishmaniose visceral americana: situação atual no Brasil. Boletim Epidemiológico Paulista. 2009; 71(6): 25-29.
- [2] Barbosa MN, Guimarães EAA, Luz ZMP. Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2016; 25: 563-574.
- [3] Garbin CAS, et al. Abordagem multiprofissional no diagnóstico de leishmaniose: um relato de caso. Archives of Health Investigation. 2017; 6(8).
- [4] Zuben APBV, Donalísio MR. Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. Cadernos de Saúde Pública. 2016; (32).

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

MANIFESTAÇÕES DA LEISHMANIOSE VISCERAL EM MULHER JOVEM DURANTE O TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO: ESTUDO DE CASO

MANIFESTATIONS OF VISCERAL LEISHMANIASIS IN YOUNG WOMEN DURING THE THIRD TRIMESTER OF GESTATION: CASE STUDY

MARCOS TADEU **TRINDADE FILHO**¹, MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, THAIS CARREIRO DE **MORAIS**¹, THAYS DE OLIVEIRA **ROCHA**^{1*}, MARIANA VASCONCELOS COSTA **ARAÚJO**²

1. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço; 2. Professor da disciplina de Clínica Médica do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço.

*Rua Paraíba, 189, apartamento 6, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30130-140. th_rocha1@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Leishmaniose visceral (LV) é uma doença tropical, rara em gestantes, causada pelo protozoário *Leishmania*. A transmissão predominante é vetorial (flebotômico), porém pode ocorrer também transfusional e vertical. As manifestações são febre prolongada, perda ponderal acompanhada de hepatoesplenomegalia. **RELATO DE CASO:** Gestante, 19 anos, G1P0A0, IG: 34 semanas. Admitida no HMC com relato de febre intermitente há 2 meses, anemia em investigação, sem melhora com uso de ferro sérico. Nega perda ponderal nos últimos meses, embora esteja bastante emagrecida. Exames laboratoriais evidenciaram pancitopenia. Ao exame: Bom estado geral, hipocorada +; extremidades aquecidas e bem perfundidas; hidratada. ACV e AR sem alterações. Abdome gravídico. MMII: Sem edemas e panturrilhas livres. Exames Laboratoriais (12/09/17): TTP 43/29s; RNI 1,05, BT 1,15 (D 0,86), Cr 0,58, FA 209, GAMA GT 90, lactato 25, K 3,7, Albumina 1,80, Na 126, TGO 191, TGP 101, ureia 13, Hb 6,9, Leucopenia 2650, Neutropenia 609,5, Plaquetas 150.000. Relação A/G invertida (0,27); TSH 3,76, T4 0,91, sorologias negativas (HIV, dengue, HBsAg e HCV); USG abdominal: Moderada hepatoesplenomegalia homogênea; Ectasia do sistema porta; Leve dilatação pielocaliciana bilateral. Mielograma: representação adequada das três séries próprias da medula óssea. Ausência de blastos. Presença de amastigotas dispersos e em células reticulares, confirmando diagnóstico de Leishmaniose Visceral. Iniciado Anfotericina B Lipossomal. **DISCUSSÃO:** No Brasil, o registro de relatos de LV em gestante é pequeno, principalmente devido as sub-notificações, mesmo em áreas endêmicas. Para o diagnóstico de certeza é necessário o encontro do parasito em baço, medula, linfonodos ou fígado. Não há estudos que definam uma droga para tratamento seguro e eficaz em gestantes. Porém os riscos fetais e maternos

relacionados a morbimortalidade em gestações associadas à LV exige o tratamento nesse período. A droga de escolha é a anfotericina B, e o tratamento pode reduzir risco de transmissão vertical. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico precoce da LV seguido de tratamento com a anfotericina B deve ser realizado, além de acompanhar intensivamente a paciente. Esses passos são essenciais para diminuir as probabilidades de transmissão vertical evitando assim complicações futuras.

PALAVRAS-CHAVE: Leishmaniose visceral; infecção tropical; gestação.

REFERÊNCIAS

- [1] Conti RV, Junior VLP. Abordagem terapêutica da Leishmaniose Visceral no Brasil – revisão para clínicos. Revista de Medicina e Saúde de Brasília. 2015; 4(2).
- [2] Filho EAF. *et al.* Leishmaniose visceral e gestação: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005. 27(2):92-97.
- [3] Palasson RR. Leishmaniose visceral e gestação: análise de casos e transmissão vertical no município de Campo Grande-MS, Brasil. [dissertação] Campo Grande: Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. 2009.
- [4] Vieira ML, Jacobina RR, Soares NM. Leishmaniose visceral em adolescente gestante. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2007; 6(3).

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ABORDAGEM DAS GAMOPATIAS-MIELOMA MÚLTIPLO, DIAGNÓSTICO PRECOCE, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES: RELATO DE CASO**GAMOPATIA APPROACH - MULTIPLE MYELOMA, EARLY DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF COMPLICATIONS: CASE REPORT**

LIDIANE BARBOSA ALCÂNTARA¹, MICHELLE MENDES REIS¹, ANDERSON BARBOSA ALCÂNTARA², RAFAEL BARBOSA ALCÂNTARA^{3*}

1. Acadêmicas do curso de graduação do curso Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Mestrando da Disciplina de Doenças Cardiovasculares da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM – MG); 3. Doutor na Beneficência Portuguesa de São Paulo.

* Rua Professor Galba Veloso, 249, Santa Tereza, Belo Horizonte, Brasil. CEP: 31015-080. rafa.bar.alc@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia onco-hematológica maligna que se deve à multiplicação descontrolada de plasmócitos na medula óssea culminando com a produção de imunoglobulinas monoclonais anômalas (Proteína M). Acomete principalmente indivíduos a partir dos 50 anos de idade, negros e do sexo masculino. Manifesta-se inicialmente com dor óssea, na maioria das vezes, generalizada, associada a palidez e em fases mais avançadas pode levar a um quadro de insuficiência renal. **RELATO DE CASO:** Paciente, 46 anos, sexo masculino, melanoderma, com manifestação inicial de febre e dispneia evoluindo com prostração associada a perda ponderal. Apresentava quadro pregresso de dor em queimação em MSD de proximal - distal com progressão para o MSE de forma assimétrica associada a perda de sensibilidade para dor e temperatura e perda de força motora. Ao exame físico: REG, emagrecido, hipocorado. Exame neurológico: força reduzida em membros - mais evidente em MMSS, associada a atrofia, em MMII. Exames laboratoriais: Hemograma normal, Miograma: hiperplasia da série granulocítica e plasmocitose (11%). Imunofixação: padrão monoclonal IgG/ Kappa. RX de braço e antebraço D e E, crânio e coxo-femoral: rarefação óssea nas medulares ósseas das diáfises distais. Biópsia de medula: amiloide com vermelho congo negativo. Imunofenotipagem: evidência de menos de 2% de células plasmocitárias. Imunoistoquímica: presença de raros linfócitos B reacionais e dispersos e pequeno número de plasmócitos. **DISCUSSÃO:** O Mieloma Múltiplo (MM) é uma discrasia plasmocitária maligna, incurável, que acomete pacientes com idade superior a 50 anos, homens e negros. Os achados clínicos são desde uma clínica assintomática a lesões líticas no esqueleto axial, lesão renal e queda da imunidade humoral. Laboratorialmente caracteriza-se por anemia normocítica e normocromica (hemoglobina inferior a 10), calcemia inferior a 11, creatinina inferior a 2 e presença ao exame de imagem (Radiografia como exame primário) presença de ossos com lesões líticas. O diagnóstico baseia-se na presença de mais de 10% de plasmócitos, um ou mais achados clínicos e de um dos biomarcadores (plasmócitos na medula óssea mais de 60%, mais de uma lesão focal a Ressonância Magnética e relação de cadeias leves envolvidas). A história clínica, exames laboratoriais e de imagem direcionam para a melhor opção

terapêutica de escolha sendo a quimioterapia o tratamento de escolha nos pacientes com clínica associada a métodos complementares confirmatórios. **CONCLUSÃO:** Portanto, o MM comporta-se de forma insidiosa, silenciosa e com sintomas inespecíficos, podendo levar a um retardo de diagnóstico o que, muitas vezes, leva a um tratamento tardio, culminando em um prognóstico desfavorável para o paciente. Dessa forma, é necessário por parte do profissional da saúde uma visão clínica de abrangência através de um manejo adequado diante dessa comorbidade a fim de se evitar possíveis lesões de órgãos alvos e complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Gamopatia, Mieloma Múltiplo, abordagem.

REFERÊNCIAS

- [1] Dias AD *et al.* Characterization of clinical signs and symptoms of multiple myeloma and the current methods of laboratory diagnosis. Revista Uningá Review. 2015; 21(1). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150101_120153.pdf. Acesso em: 28 de mar. de 2018.
- [2] Neto FA, *et al.* Tumores ósseos do joelho: achados na radiologia convencional. Radiologia Brasileira, São Paulo. 2016; 49(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842016000300010&lng=en&nrm=is. Acesso em 10 abr 2018.
- [3] Melo JD. Casos clínicos multidisciplinares. 1ª ed. São Paulo: Grafsol - Artes Gráficas. 2017.
- [4] Ferreira MM, *et al.* Pathological fracture in multiple myeloma: case report. Perspectivas Médicas, São Paulo. 2016; 21(1). Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2432/243246722006.pdf>. Acesso em 12 de abr 2018.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

NEUROPATIA PÓS-VIRAL CAUSADORA DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA AO REFLEXO DA TOSSE TRATADA COM AMITRIPTILINA: RELATO DE CASO

POST-VIRAL NEUROPATHY CAUSING CHRONIC HYPERSENSITIVITY TO TREATMENT REFLECTED WITH AMITRIPTILINE: CASE REPORT

AMÓS ALVES **TEIXEIRA**¹, ANA RITA DE OLIVEIRA **PASSOS**^{1*}, KAREN MORAES DE **OLIVEIRA**¹, CRISTIANE BARBIERI **LOPES**²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina do IMES; 2. Médica, Clínico Geral no município de Ipatinga.

* Rua Milton Campos, 286, apto 500, Cidade Nobre, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162-393. anaritaoliveirapassos@mail.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A tosse crônica é um sintoma comum, encontrado também em indivíduos sem demais queixas, não tabagistas. Sua abordagem pode ser complicada quando a causa não é delimitada. Danos à via sensorial causados por inflamações, infecções e alergias devem ser considerados no diagnóstico da tosse crônica. **RELATO DO CASO:** Paciente, sexo feminino, 37 anos, compareceu ao serviço médico em novembro de 2016 queixando tosse ora seca ora produtiva há uma semana, associada a dor torácica e sem alterações ao exame físico, sendo prescrito glicocorticóide e anti-histamínico de 1ª geração. Após um mês procurou o Pronto Socorro com os mesmos sintomas e foi diagnosticada pneumonia não especificada. Em janeiro de 2017 apresentou quadro semelhante, negou febre e melhora com as medicações. Solicitou-se baciloscopia, radiografia de tórax e dos seios da face e espirometria, que não revelaram alterações, além de prescrever antitussígenos. Manifestou no mês seguinte tosse e prurido na garganta. Em fevereiro de 2018, retornou com episódio similar aos anteriores, relata que não houve melhora ao longo dos meses e ao exame físico se apresentava hígida. Informou avaliação de um neurologista, que sugeriu a hipótese de tosse de origem neuropática, após análise da história, a conduta foi prescrever Amitriptilina obtendo grande melhora do quadro. **CONCLUSÃO:** Conhecer a evolução do quadro e abordar as condições associadas à tosse crônica é uma etapa importante na delimitação do tratamento. Quando as vias terapêuticas convencionais são ineficazes e as principais patologias causadoras de tosse estão ausentes, deve-se pensar em base neurogênica. Apesar de muitos estudos recentes relatarem sucesso no tratamento da tosse crônica com Amitriptilina, novos trabalhos randomizados devem ser desenvolvidos para comparar o seu uso com o de outros fármacos e

consolidá-la como opção terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Tosse, Amitriptilina, hipersensibilidade; reflexo.

REFERÊNCIAS

- [1] Chung KF. Approach to chronic cough: the neuropathic basis for cough hypersensitivity syndrome. Journal of thoracic disease 2014; 6(7):S699.
- [2] Jeyakumar A, Brickman TM, Haben M. Effectiveness of amitriptyline versus cough suppressants in the treatment of chronic cough resulting from postviral vagal neuropathy. The Laryngoscope 2006; 116(12):2108-12.
- [3] Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. J Bras Pneumol 2006; 32(6):S403-46.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

RESOLUÇÃO IMEDIATA DE QUADRO ABDOMINAL COM TÉCNICA INÉDITA DE ACUPUNTURA APÓS VÁRIOS TRATAMENTOS SEM SUCESSO NA MEDICINA CONVENCIONAL

IMMEDIATE RESOLUTION OF ABDOMINAL FRAMEWORK WITH UNDE ACUPUNCTURE TECHNIQUE AFTER VARIOUS TREATMENTS WITHOUT SUCCESS IN CONVENTIONAL MEDICINE

CLARA REGINA CLAUDINO **COELHO**¹, ELISEU BOMFÁ **SANTOS JÚNIOR**¹, JOÃO VÍCTOR CAMPOS PEREIRA **FIALHO**¹, MARIA ALICE FONSECA **FERNANDES**¹, JOÃO BOSCO **DUPIN**^{2*}

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professor Doutor, Disciplina de Anatomia e Neuroanatomia do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES).

* Rua João Patrício de Araújo/ número 179, Bairro Veneza 1, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. ascom@famevaco.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A acupuntura baseia-se na hipótese da existência de uma energia única (Qi), que circula em todo o universo e também no homem. O corpo humano teria linhas, por onde circula o Qi, chamadas de meridianos. A doença seria o resultado da paralização desse fluxo energético. Nesse caso, colocam-se agulhas que funcionam como antenas, fazendo recircular o Qi. Existem também técnicas que estimulam os pontos dos meridianos de várias outras maneiras, sendo uma delas a aplicação de substâncias. **RELATO DE CASO:** M.J.B., 28 anos, com queixa de dor abdominal periumbilical e em fossa ilíaca à direita. Hemograma realizado demonstrou aumento de PCR e leucocitose. Foi solicitada então uma Tomografia Computadorizada Abdominal para avaliação do apêndice e, ocasionalmente, obteve-se um achado de anquilose das vértebras lombares com as sacrais. Os sintomas se agravaram e diversos exames laboratoriais foram realizados. Somente a Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes positivou. Colonoscopia realizada evidenciou presença de úlceras no íleo terminal. A biópsia das lesões teve resultado negativo. Por fim, procurou o serviço de acupuntura que constatou dor à palpação profunda difusa em abdome, ao nível do músculo psoas direito e o sinal de Lasègue era positivo. Esse quadro, associado ao exame de imagem da coluna lombossacra, sugeriu diagnóstico de Retificação Lombar. Foi então feito aplicação de acupuntura, utilizando solução de procaina a 0,7%, intradérmica, para elevação dos pontos de acupuntura, em sentido circular, em torno do tendão de inserção do psoas ilíaco, abaixo do ligamento inguinal. A aplicação obedeceu o sentido de rotação da paciente que era no sentido horário. A paciente acusou melhora imediata do quadro de dor e a palpação do psoas mostrou diminuição de 80% do quadro doloroso. Uma semana depois, a paciente relatou remissão

completa da dor e da distensão abdominal. Ao exame físico não havia qualquer irritação do psoas e o sinal de Lasègue era negativo. Foi então pedido Ressonância Magnética que resultou normal. A paciente continua sem sintomas até a presente data. **DISCUSSÃO:** No presente caso, foi utilizada uma associação da Terapia Neural com a acupuntura. Trata-se de uma técnica inédita que é usada para tratamento de afecções muscularto-articulares com grande sucesso. A técnica está em desenvolvimento. **CONCLUSÃO:** O estudo dessas técnicas contribui para uma graduação plural em saúde e propicia aos profissionais médicos a utilização de métodos alternativos numa abordagem mais contemporânea.

PALAVRAS-CHAVE: Acupuntura, Terapia Neural, dor abdominal.

REFERÊNCIAS

- [1] Trevín FG, *et al.* Efectividad de la terapia neural en el dolor lumbosacro agudo de tipo mecánico. MULTIMED Granma, [S.l.]. 2017; 723-732.
- [2] Lima RC. Alterações na resposta imunológica pré e pós procedimento de Acupuntura. 2015.
- [3] Teixeira MZ. Panorama mundial da educação médica em terapêuticas não convencionais (homeopatia e acupuntura). Revista de Homeopatia. 2017; 80(1/2):18-39.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

RELATO DE CASO: O AUXÍLIO DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EM PROL DA RECUPERAÇÃO COMPLETA ESTRUTURAL, MECÂNICA E FUNCIONAL DE LESÃO GRAVE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

CASE REPORT: THE AID OF HYPERBARIC OXYGEN THERAPY FOR THE COMPLETE STRUTCURAL, MECHANICAL AND FUNCTIONAL RECOVERY OF SEVERE LEFT KNEE INJURY AFTER AN AUTOMOBILE ACCIDENT

LUIZ FLÁVIO FERREIRA FILHO^{1*}, JESSICA SOUZA¹, SILVIA BASTOS HENRINGER-WALTHER²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso medicina do Instituto metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor, Disciplina Medicina de Família e comunidade do curso medicina da Instituição metropolitana de ensino Superior.

* Rua México 81, Cariru, Ipatinga Minas Gerais, Brasil. CEP: 35160-123. luizflavioferreira@live.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A oxigenoterapia hiperbárica é uma terapêutica na qual o paciente respira oxigênio a 100%, enquanto é submetido a uma pressão duas a três vezes maior que a pressão atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica, produzindo uma série de efeitos terapêuticos, como: combate infecções bacterianas e por fungos, potencializa a ação de alguns antibióticos, tornando-os mais eficientes no combate às infecções e ativa células relacionadas com a cicatrização de feridas complexas. O presente trabalho tem o objetivo relatar o caso de um paciente de 23 anos com ferida extensa em joelho esquerdo e o uso da oxigenoterapia hiperbárica como adjuvante no tratamento de reabilitação estrutural, mecânica e funcional. **MATERIAL E MÉTODOS:** as informações foram obtidas por meio de entrevista com o paciente, análise de prontuário médico e registro fotográfico de exames e evolução da lesão durante o tratamento. **RESULTADOS:** Ao final de 51 sessões de oxigenoterapia houve melhora de 100% da cicatrização da ferida e um efeito dramático do antibiótico. **DISCUSSÃO:** A oxigenoterapia hiperbárica tem muitos benefícios para tratamento a longo prazo dos pacientes em que sofreram sequelas graves de acidentes prévios ou de tratamento em que a resposta ao medicamento não foi a esperada. Visualizou-se com a realização deste trabalho que esse tipo de medicina é essencial para a potencialização de procedimentos curativos e preventivos e, mesmo sem a devida divulgação no meio médico, ela tem feito a diferença naqueles pacientes que fazem o tratamento usando-a como auxiliar a terapêutica. **CONCLUSÃO:** A medicina hiperbárica é um grande auxiliar para tratamento de doenças previamente diagnosticadas e de auxílio terapêutico aos pacientes que sofreram traumas

leves a graves. É importante sua disseminação no mundo médico por demonstrar efeito positivo sobre as medidas de tratamento auxiliares para todos os pacientes e por ser altamente eficaz para todos os tipos de tratamentos propostos.

PALAVRAS-CHAVE: Hiperbarica, Oxigenoterapia, acidente automobilístico, lesão em joelho.

REFERÊNCIAS

- [1] Ferreira L. *et al.* A oxigenoterapia hiperbárica como terapia complementar no tratamento do transtorno do espectro do autismo. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.15 Porto jun. 2016.
- [2] Gomes C, *et al.* Benefícios da aplicação da oxigenoterapia hiperbárica na cicatrização de feridas das extremidades inferiores; Journal of Aging & Inovation, 2012; 1(2):40-47.
- [3] Junior MR, Marra AR. Quando indicar a oxigenoterapia hiperbarica. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; 50(3).
- [4] Rossi JF, *et al.* Uso da oxigenoterapia hiperbárica em pacientes de um serviço de reumatologia pediátrica. Rev. Bras. Reumatol. 2005; 45(2):98-102.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

RELATO DE CASO: PACIENTE COM INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO E AUSÊNCIA DE CORONARIOPATIA OBSTRUTIVA, CARACTERIZANDO CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO**CASE REPORT: PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND ABSENCE OF OBSTRUCTIVE CORONARIOPATHY FEATURING TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY**

AMANDA ROSSI PONCIO **VITA**¹, ANA ELIZA ALVES **TRAVENTZOLI**¹, ELIENAY CÁSSIO **OLIVEIRA**¹, FLÁVIA ROBERTA **SOUZA**^{1*}, NORBERTO DE SÁ **NETO**²

1. Acadêmico do curso de graduação em Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES; 2. Professor das Disciplinas Emergências Clínicas e Habilidades Médicas II, no Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES.

* Rua Padre Anchieta, nº 185, bairro Bom Retiro, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP 35160-213. flaviarobertasouza01@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: a Cardiomiopatia ou Síndrome de Takotsubo é uma desordem transitória e segmentar do ápice do ventrículo esquerdo, na ausência de coronariopatia obstrutiva e mimetiza um infarto agudo do miocárdio (IAM), mas é reversível. Acomete em 95% dos casos mulheres na pós-menopausa (entre 60 e 80 anos). Os sintomas são associados a episódio de intenso estresse físico ou emocional, sendo clássico dor torácica súbita, semelhante a dor anginosa típica, podendo haver edema pulmonar e choque cardiogênico. O eletrocardiograma pode apresentar inversão de onda T, supradesnivelamento do segmento ST, e marcadores de necrose miocárdica podem estar elevados. Entretanto, na arteriografia coronária, os achados são normais. Já exames como ecocardiografia e ventriculografia mostram alterações de contratilidade típicas da síndrome, como acinesia ou discinesia apical, com contratilidade basal preservada ou hipercontratilidade. **RELATO DE CASO:** paciente do sexo feminino, 63 anos, hipertensa em uso contínuo de Losartana. Chega à emergência com quadro de dor torácica típica, com características de desconforto retroesternal, com irradiação para o dorso, e taquidispnéia de decúbito. Pressão arterial 130x60 mmHg, ausculta respiratória com crepitações e cardíaca sem alterações. O eletrocardiograma realizado apresentou isquemia subepicárdica em parede ântero-septal (inversão de ondas “T” de V1 a V4). O ecocardiograma transtorácico (ECO) demonstrou acinesia na parede ântero-septal e hipocinesia lateral. Radiografia de tórax sem alterações. Realizou-se a dosagem de Troponina: 0,77 (valor de referência - VR: <0,05) e peptídeo natriurético cerebral - BNP: 190 (VR: <100). A paciente foi admitida na Unidade Terapia Intensiva e recebeu Protocolo para Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra de Seguimento ST

(Ácido acetilsalicílico - AAS 200 mg, Clopidogrel 300 mg e Dinitrato de Isossorbida 5 mg sublingual) com controle efetivo da dor. Além de Furosemida 20 mg endovenoso e Nitroglicerina venosa com melhora da dispnéia. Mediante ao ECO, foi submetida a Cineangiografografia que revelou coronárias epicárdicas isentas de lesões significativas. Na manhã seguinte foi refeito o ECO, mantendo os mesmos resultados. **DISCUSSÃO:** o relato de estresse e os sinais e sintomas de síndrome coronariana aguda, mas com cateterismo normal, evidenciam uma afecção que simula um IAM. A etiologia da Cardiomiopatia de Takotsubo ainda não foi consolidada, mas uma das hipóteses são os altos níveis de catecolaminas liberados pela estimulação simpática após período de intenso estresse. **CONCLUSÃO:** A Síndrome de Takotsubo apresenta sinais clínicos e propedêutica semelhantes a um IAM clássico, sendo um importante diagnóstico diferencial para Síndrome Coronariana Aguda, principalmente em mulheres pós-menopausa.

PALAVRAS-CHAVE: Cardiomiopatia, Síndrome de Takotsubo, infarto agudo do miocárdio.

REFERÊNCIAS

- [1] Braunwald E. Tratado de Doenças Cardiovasculares. Elsevier Brasil. 9ª ed. 2015.
- [2] Goldman L, Schafer AI. Cecil Medicina Interna. 24ª ed. Elsevier Brasil. 2014.
- [3] Kumar V, Abbas A, Aster JC. Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 9ª ed. Elsevier Brasil. 2015.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO DE CRIANÇA COM SINAIS E SINTOMAS DESDE OS 2 ANOS DE IDADE

BEHÇET'S DISEASE: A CASE REPORT OF CHILDREN WITH SIGNS AND SYMPTOMS SINCE THE 2 YEARS OF AGE

GABRIELLA DE FREITAS **CARDOSO**¹, ANDRÉ CLEMENTINO SANCHES **BRANDÃO**², YAGO HOLLANDA CAVALCANTI **MENDES**², LAYANDRA VITTÓRIA DE **ASSIS**², LUCAS DANIEL **SCHUFFNER**^{3*}

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES), Pós-graduada em Gestão e Serviços de Saúde, Graduada em Enfermagem pela UNIPAC; 2. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 3. Especialista e Médico da Saúde da Família e Comunidade, Médico Internista do Hospital Márcio Cunha, MG, Plantonista da UPA Ipatinga.

* Rua João Patrício de Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. luschuffner@hotmail.com.

RESUMO

INTRODUÇÃO: a doença de Behçet ou síndrome de Behçet (SB) é uma doença de acometimento vascular, multissistêmica, de causa desconhecida. É caracterizada por úlceras orais recorrentes, úlceras genitais, lesões cutâneas e oculares, bem como lesões articulares, neurológicas e gastrointestinais. Predomina em adulto jovem, com idade média entre 25 e 30 anos; **RELATO DE CASO:** P.A.G., sexo masculino, 24 anos. Iniciou aos 2 anos com úlceras orais dolorosas, sendo diagnosticado com estomatite herpética. Após alguns anos, teve um quadro de desidratação e vômitos, com posterior diagnóstico de úlceras esofágicas. Na puberdade surgiram úlceras genitais e edema escrotal intercaladas com períodos assintomáticos. Aos 16 anos apresentou quadro de uveíte anterior e posterior, sendo tratado sem deixar sequelas. Em consulta com reumatologista, realizou exames específicos e o teste de Patergia veio positivo. Foi feito o diagnóstico da Doença de Behçet e o tratamento iniciado com Ciclosporina, Prednisona e Colchicina, reduzindo assim os sintomas. **DISCUSSÃO:** a SB é infrequente em idade pediátrica, e há relatos que pode ser causada por mecanismos imunológicos, genéticos e por agente infeccioso. Seu diagnóstico é clínico, baseado em classificação com manifestações maiores e menores. A doença é considerada benigna e autolimitada e pode acometer todos os sistemas. As manifestações oculares são comuns, onde a inflamação repetida pode levar à cegueira, que é a principal morbidade sequelar da síndrome. Úlceras aftosas orais representam a manifestação inicial. No TGI, ocorre formação de úlceras ao longo do tubo digestivo que podem se manifestar como dor abdominal, diarreia, hemorragia digestiva ou perfuração. No SNC qualquer estrutura é vulnerável. Pode ocorrer ainda epididimite, lesões cardíacas e pleuro-pulmonares, que são

consideradas manifestações menores. **CONCLUSÃO:** a doença de Behçet é de difícil diagnóstico, pois os sintomas podem surgir separadamente e em idade não prevalente. Isso requer um olhar clínico crítico, pois quanto mais rápido o diagnóstico e o tratamento, melhor o prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: doença de Behçet; manifestação clínica; diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- [1] Coutinho I, Silva D, Ferreira, I, *et al.* Doença de Behçet ocular: a nossa realidade. Rev Bras Oftalmol. 2017; 76(4):210-212.
- [2] Fernandes H, Silva CS, Casanova G, *et al.* Doença de Behçet – um desafio diagnóstico numa adolescente. Nascer e Crescer: Birth and Growth Medical Journal. 2017; 26(4):240-242.
- [3] Ferrão C, Almeida I, Marinho A, *et al.* A nossa Regra de Ouro na Doença de Behçet: Tratar a manifestação clínica. Arquivos de Medicina. 2015; 29(3):75-79.
- [4] Neves FS, Moraes JCB, Gonçalves CR. Síndrome de Behçet: à Procura de Evidências. Rev Bras Reumatol. 2006; 46(1):21-29.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

RELATO DE CASO: HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO EM CRIANÇA DE 8 ANOS

CASE REPORT: SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM IN 8-YEARS-OLD CHILD

MUNICKI RODRIGUES **CORREA**^{1*}, ANDRESSA GONÇALVES CASTELO BRANCO **BARCELOS**¹, FABÍOLA DE OLIVEIRA **SANTIAGO**¹, MANUELA CRISTINA BICALHO SANTOS¹, GIULIANA ALVES TARTAGLIA VILELA^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Universidade Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor, Disciplina Saúde da Criança e do Adolescente do curso de Medicina da Universidade Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua Laguna, número 110, apartamento 301, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-250. munickirodrigues@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: O hipotireoidismo se caracteriza por uma condição clínica na qual ocorre a deficiência na produção ou atuação dos hormônios tireoidianos. Estudos demonstram a moderada prevalência dessa enfermidade na infância sendo notificada em cerca de 1,7-9,5% das crianças, e apresenta maior frequência nas meninas, quando comparadas ao sexo masculino. O hipotireoidismo subclínico (HS) é definido como condição oligo ou assintomática, apresentando níveis séricos elevados de TSH e níveis normais de T4. É tido como fator de risco para algumas doenças cardiovasculares, hipotireoidismo franco, alterações do metabolismo e sintomas neuromusculares. **RELATO DE CASO:** Criança, gênero feminino, 8 anos, raça caucasiana, nascida em 18 de março de 2010. Única filha de pais não consanguíneos. Em fevereiro de 2018, compareceu a consulta pediátrica de rotina com história pregressa de Hipotireoidismo Subclínico diagnosticado aos 3 anos de idade, não preenchendo critérios clínicos e laboratoriais para tratamento, tendo sido instituído apenas acompanhamento periódico. Em 2016, foi realizada nova dosagem de TSH obtendo valor de 8,726 mUI/mL, com valores de T3 e T4 normais, mantendo a conduta inicial. Mediante isso, foi solicitado novo exame de TSH que apresentou o valor de 11,61 mUI/mL. Seguindo a recomendação atual da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), por apresentar TSH >10mUI/L, a conduta foi instituir tratamento utilizando 50mcg de Levotiroxina durante 6 semanas. **DISCUSSÃO:** O HS é uma patologia comum na população pediátrica e vem apresentando uma prevalência crescente, sobretudo pela realização de triagem da função tireoidiana em crianças e adolescentes. Com relação ao tratamento do HS, ainda não há um amplo consenso sobre quando utilizá-lo e sobre qual nível de TSH indicaria a reposição hormonal em crianças. A recomendação atual é que o tratamento seja iniciado quando TSH >10mUI/L, principalmente se esse valor for associado à positividade do anticorpo anti-TPO. **CONCLUSÃO:**

O HS é uma patologia comum na população pediátrica, sendo assim, diante de valores de TSH acima dos limites considerados normais e na ausência de fatores que justifiquem a terapêutica, recomenda-se a monitorização regular desses pacientes para que se possa detectar e tratar prontamente aqueles que evoluírem para um hipotireoidismo franco.

PALAVRAS-CHAVE: Hipotireoidismo subclínico, população pediátrica, tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Castro MPR, Soares JCC. Hipotireoidismo. 1.ed. São Paulo: Editora: Moreira Junior. 2014.
- [2] Brenta G, *et al.* Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica. 2013; 57(4):265-99.
- [3] Chagas NB, *et al.* Triagem de hipotireoidismo em crianças-Visão dos médicos da atenção primária à saúde de um município de médio porte. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2016; 11(38):1-10.
- [4] Setian N. Hipotireoidismo na criança: diagnóstico e tratamento. Jornal de Pediatria. 2007; 83(5):209-216.
- [5] Da Silva GAR; Da Costa TB. Hipotireoidismo subclínico: uma revisão para o médico clínico. Revista da Sociedade Brasileira, 2013; 11(3):289-95.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

RELATO DE CASO: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO DE FÍSTULA DIGESTIVA EXTERNA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO

CASE REPORT: PATIENT SUBMITTED TO EXTERNAL DIGESTIVE FISTULA TREATMENT AFTER SURGICAL TREATMENT

MANUELA CRISTINA BICALHO **SANTOS**^{1*}, ANDRESSA GONÇALVES CASTELO BRANCO **BARCELOS**¹, FABIOLA DE OLIVEIRA **SANTIAGO**¹, MUNICKI RODRIGUES **CORREA**¹, JAILSON **TÓTOLA**²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Universidade Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor, Disciplina Clínico Cirúrgica do curso de Medicina da Universidade Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua Nova Iguaçu, número 70, apartamento 302, Bairro Veneza I, Ipatinga – Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-257. manuelabicalhos@mail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: As fístulas digestivas externas são caracterizadas pela comunicação anormal entre o tubo digestivo e a superfície cutânea. Por meio delas, ocorre drenagem de secreção digestiva, podendo classificá-las, a partir disso, como fístulas de alto e baixo débitos de drenagem. Além disso, existem outros critérios de classificação, e esses podem ser de acordo com sua anatomia, de acordo com sua origem (congenita ou adquirida), podem ser primárias, e secundárias a diferentes situações. Essas últimas, em sua maioria, são oriundas de complicações cirúrgicas, podendo ser facilmente diagnosticadas. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 75 anos, guarda florestal, submeteu-se à colecistectomia e coledocotomia para tratamento de colelitíase e coledocolitíase e, evoluiu com drenagem de secreção purulenta e digestiva através da ferida cirúrgica no 12º dia após o procedimento, recebendo diagnóstico de fístula enterocutânea de alto débito, porque drenava mais de 500 ml por dia. Foi transferido da cidade onde foi operado para um hospital terciário. Lá chegando foram instituídas medidas, como internação em UTI, antibioticoterapia, nutrição parenteral, cateterismo da fístula, dentre outras. Com a persistência do alto débito de drenagem, foi realizado estudo radiográfico, constatando fístula jejunal labiada. Após 4 semanas recebendo nutrição parenteral total, foi indicado tratamento cirúrgico com laparotomia, enterectomia segmentar, anastomose jejuno-jejunal termino-terminal em dois planos de sutura e jejunostomia à Witzel proximal e distal à anastomose. Após piora clínica, devido à nutrição enteral no 5º dia de pós-operatório, foi indicado retorno à nutrição parenteral. Após 15 dias evoluiu bem, fechando completamente a fístula, podendo assim, ser iniciada nutrição oral. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, sendo encaminhado para seguimento ambulatorial.

CONCLUSÃO: Apesar da alta mortalidade e morbidade e, por ainda ser considerado um desafio para o cirurgião e o intensivista, o tratamento das fístulas digestivas externas vem apresentando significativa evolução nas últimas décadas. A realização precoce do diagnóstico e a instituição imediata do tratamento são de extrema importância, pois visam diminuir e evitar complicações, como desequilíbrio hidroeletrólítico, distúrbio ácido-base, desnutrição grave, deficiência vitamínica, alterações cutâneas e sepse, que podem levar o paciente a óbito.

PALAVRAS-CHAVE: Fístula enterocutânea, coledocotomia, colecistectomia.

REFERÊNCIAS

- [1] Diretrizes, Projeto. Terapia Nutricional nas Fístulas Digestivas. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. 2011.
- [2] Singer P, Cohen J. Como simplificar a nutrição na unidade de terapia intensiva? Rev Bras Ter Intensiva. 2016; 28(4):369-372.
- [3] Torres OJM, *et al.* Fístulas enterocutâneas pós-operatórias: análise de 39 pacientes. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2018; 29(6):359-363.
- [4] Wercka J, *et al.* Epidemiology and outcome of patients with postoperative abdominal fistula. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2016; 43(2):117-123.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DE UM CASO DE FEBRE AMARELA EM SUA FORMA GRAVE: RELATO DE CASO E CONTEXTUALIZAÇÃO

DETAILED DESCRIPTION OF A CASE OF YELLOW FEVER IN ITS SERIOUS FORM: CASE REPORT AND CONTEXTUALIZATION

FILIFE HENRIQUE **MARQUES**^{1*}, HENRIQUE PASSOS **WEIDIG**¹, MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, MATEUS FERNANDES LOPES **MARTINS**¹, LÍVIA MARIA BARROS SILVA **BUENO**², EBERALDO SEVERIANO **DOMINGOS**³

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Médica residente em Clínica Médica no Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga- MG; 3. Médico especialista em Nefrologia pela Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte, Cirurgião geral e Médico intensivista. Professor do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES).

* Rua Amazonita, 160, Bairro Colina, Nova Era, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35920-000. filipe.biomed@mail.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Febre amarela (FA) é uma doença infecciosa febril não contagiosa, causada por um vírus do gênero *Flavivirus*, e é transmitida ao homem pela picada de mosquitos hematófagos, comumente dos gêneros *Aedes* e *Haemagogos*. A FA pode se apresentar de forma assintomática ou grave, seguida de óbito. O Brasil já registrou vários casos de FA e passa por um surto desde dezembro de 2016. Em 2017 foram notificados em MG 1697 casos, dos quais 585 foram confirmados. Este relato descreve o caso de um paciente com FA em sua forma grave. **RELATO DE CASO:** Mulher, 39 anos, do norte de MG iniciou quadro de febre, prostração e mialgia, procurou atendimento médico e foi internada em hospital local. Evoluiu com piora progressiva dos sintomas e foi transferida para o Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga-MG. Na admissão, apresentava-se sonolenta, hiporresponsiva, hemodinamicamente instável, com pupilas midriáticas, pulso filiforme, extremidades frias e cianóticas. Desidratada, hipocorada, icterica. Frequência Cardíaca de 138 batimentos por minuto, não houve leitura da pressão arterial no monitor, taquipneica. Abdome tenso, doloroso a palpação e sonda vesical com hematúria. Exames Laboratoriais revelaram anemia, plaquetopenia, coagulopatia, elevação de ureia, LDH, TGO e TGP. Histórico vacinal era negativo para FA e a sorologia veio positiva para essa doença. A hipótese diagnóstica foi de choque hemorrágico secundário à FA. O tratamento então, objetivou o controle do choque, estabilidade hemodinâmica, monitorização invasiva e suporte intensivo. Realizado hemotransfusão com concentrado de hemácias, plasma e plaquetas, ressuscitação volêmica e droga vasoativa. Evoluiu com Insuficiência Respiratória, com necessidade Intubação orotraqueal, ventilação mecânica e sedoanalgesia. Nefrologia:

Injúria Renal Aguda e bacteremia pelo cateter dialítico, tratada com Meropenem e Vancomicina. Evoluiu com febre e secreção pelo tubo orotraqueal e piora na leucometria, sugerindo pneumonia associada à ventilação mecânica. Ampliou-se a antibioticoterapia com associação de Colistina. Houve melhora gradativa sem sedação, acordada e obedecendo a comandos e foi encaminhada para a enfermaria após 20 dias de UTI. Após 8 dias recebeu alta devido a evolução favorável do caso, totalizando 28 dias de internação.

CONCLUSÃO: É inegável o impacto da FA na saúde pública mundial. A maioria dos pacientes que desenvolvem a FA severa vão a óbito, mesmo com terapia intensiva. Conclui-se então que são necessárias novas estratégias para aumentar a cobertura vacinal das regiões endêmicas e que a população deve ser orientada quanto aos sinais, sintomas e critérios de gravidade para procurar atendimento. Além disso, é papel das equipes de saúde realizar corretamente as notificações, encaminhamentos e manejo destes pacientes para que o quadro tenha sempre um desfecho favorável.

PALAVRAS-CHAVE: Febre amarela, infectologia, terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

- [1] Cavalcante KRLJ, Tauil PL. Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil. Epidemiol. Serv. Saude. 2017; 26(3):617-620.
- [2] Goldani LZ. Yellow fever outbreak in Brazil, 2017. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2017; 21(2):123-124.
- [3] Monath TP, Vasconcelos PF. Yellow fever. Journal of Clinical Virology. 2015; 64:160-73.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

COMUNICAÇÃO INTERATRIAL

INTERATRIAL COMMUNICATION

JOSUÉ GOMES DE VASCONCELLOS NETO^{1*}, ANDRESSA CHAVES CASSOLI¹, GIULIA FAUSTINI COELHO¹, GIULIANA VICKTÓRIA ALVES CAVALCANTE¹, DIEGO EMMANUELL RIBEIRO REIS²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso Medicina da Univaço; 2. Professor Doutor, Disciplinas Semiologia médica I, Saúde do Adulto e Idoso I e Clínica de emergência do curso Medicina da Univaço.

* Rua Profetas, número 65, apartamento 101, Canaã, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-201 josuevasconcellos7@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A comunicação interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita comum que é caracterizada por um shunt esquerdo-direito. Como resultado disso, ocorre um hiperfluxo sanguíneo pulmonar, principalmente na diástole, momento em que as valvas atrioventriculares (AV) encontram-se abertas. Com o avanço da idade, a complacência das câmaras cardíacas aumenta, o que traz como resultado o aumento do shunt. Em relação à prevalência, a CIA representa de 7 a 11% de todos os defeitos cardíacos congênitos, sendo a do tipo *ostium secundum* a quarta ou quinta cardiopatia congênita de maior incidência. Caso a gravidade do shunt seja baixa, existe a possibilidade de fechamento espontâneo, não necessitando correção cirúrgica. Entretanto, sabe-se que esses defeitos podem perdurar até a idade adulta e desencadear diversas complicações, dentre elas a hipertensão arterial pulmonar e falência ventricular direita. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 65 anos, natural de Açucena – MG e residente em Ipatinga – MG, procurou atendimento médico com queixa de dispnéia que piora aos pequenos e médios esforços. Ao realizar tarefas que exigiam grande esforço, paciente apresentava síncope. Associada a essa dispnéia, relatava dor infraescapular posterior direita. Em relato, declara que em 1972, aos 20 anos de idade, houve suspeita clínica de cardiopatia por conta de um abaulamento no precórdio. O primeiro episódio de síncope ocorreu em 1988, porém foi apenas em 2016 que o paciente recebeu o diagnóstico de comunicação interatrial, por meio de um ecocardiograma transesofágico. Nesse exame foi evidenciado, além da comunicação interatrial do tipo *ostium secundum*, ventrículo direito dilatado em grau importante e hipocontrátil e aumento expressivo de átrio direito. Além disso foi encontrado regurgitação mitral discreta e tricúspide leve, bem como hipertensão pulmonar (54mmHg). Na radiografia do tórax foram encontradas opacidades parenquimatosas em ambos os lobos inferiores sugestivas de consolidação pneumônica e aumento do índice cárdio-torácico. Diante desse quadro, a cirurgia para correção de CIA já foi solicitada. **CONCLUSÃO:** Por se tratar de uma

doença congênita, é indispensável que o diagnóstico seja realizado o mais precoce possível. Desse modo, a doença poderá ser corrigida antes que alterações cardíacas e pulmonares se instalem. O paciente do caso descrito recebeu o diagnóstico com muito atraso, foram mais de seis décadas de doença instalada e não corrigida, levando a outras cardiopatias e pneumopatias.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação interatrial, hipertensão pulmonar.

REFERÊNCIAS

- [1] Chamié F, Chamié D. Fechamento Percutâneo de Pequenas Comunicações Interatriais Tipo *Ostium Secundum*. Revista brasileira de cardiologia invasiva. 2014; 22(3): 264-70.
- [2] Farah MCK, Villela GC. [Acesso 30 mar. 2018] Disponível em: http://educacao.cardiol.br/manualc/PDF/V_CARDIOPA_TIA_CONGENITA.pdf.
- [3] Pedra CAC, et al. Experiência Inicial no Fechamento Percutâneo da Comunicação Interatrial Tipo *Ostium Secundum* com a Prótese Figulla. Revista brasileira de cardiologia invasiva. 2010; 18(1): 81-88.
- [4] Ribeiro MS, et al. Factibilidade, segurança e eficácia do fechamento percutâneo da comunicação interatrial em crianças pequenas. Revista brasileira de cardiologia invasiva. 2013; 21(2).
- [5] Silveira AC, et al. Comunicação interatrial. Revista da faculdade de ciências médicas de Sorocaba. 2008; 10(2):7-11.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

SÍNDROME DE SHEEHAN: RELATO DE CASO

SHEEHAN'S SYNDROME: CASE REPORT

DÉBORA DE OLIVEIRA **SAMPAIO**^{1*}, BRUNA EVELLYN FREITAS DE **OLIVEIRA**¹, BRUNO BITTENCOURT **PROCÓPIO**¹, RAFAELLA ALBUQUERQUE **LOPES**¹, IVANA VILELA **KALIL**²

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professora Doutora, Disciplina Saúde da Mulher do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua Candinho, 299, Centro, Capelinha, Minas Gerais, Brasil. CEP: 39680-000. deborasa@icloud.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Classicamente, a Síndrome de Sheehan (SS) é caracterizada por necrose hipofisária decorrente de uma complicação hemorrágica durante ou pós-parto. A síndrome pode evoluir de maneira lenta, sendo assim, o diagnóstico muitas vezes é tardio, trazendo grande dano à saúde da mulher. As pacientes geralmente apresentam sinais de envelhecimento precoce, atrofia de pelos axilares e pubianos, amenorreia secundária, falência da lactação, hipotireoidismo, hipocortisolismo, entre outros. **MATERIAL E MÉTODOS:** A pesquisa deste relato de caso foi realizada utilizando artigos científicos em português e inglês das bases de dados, SciELO e PubMed. **RELATO DE CASO:** Descrevemos o caso de uma paciente de 72 anos, com sua última gestação ocorrida aos 25 anos, em ambiente não hospitalar, onde houve importante sangramento, necessitando de internação hospitalar devido a sinais de choque hipovolêmico. Afirma que dias após alta, evoluiu com astenia, amenorreia secundária, além de atrofia de mamas e agalactia, procurando assim, assistência médica que após investigação clínica e laboratorial, diagnosticou SS com hipogonadismo hipogonadotrófico e hipocortisolismo. Paciente iniciou tratamento com prednisona 5mg e anticoncepcional oral combinado por 2 meses e após cinco anos de tratamento, evoluiu com hipotireoidismo central, realizando tratamento com boa resposta. **DISCUSSÃO:** A SS é uma doença rica em sintomas e que ocasiona diversos prejuízos na vida da mulher, por isso a adequada prevenção à hipotensão grave durante o parto e o conhecimento da patologia tornam-se necessários para instituir-se o tratamento correto precocemente. É importante reconhecer que há diferentes graus de disfunção hipofisária, portanto a sintomatologia de cada paciente será variada, devendo-se atentar então a história obstétrica, com parto complicado e agalactia. O tratamento é individualizado e baseado nas deficiências hormonais que cada paciente apresentará. **CONCLUSÃO:** Devido à melhora nos cuidados obstétricos, a frequência da SS vem diminuindo em todo mundo, principalmente em países

desenvolvidos. Sua raridade reflete na escassez de informações, todavia, a síndrome de Sheehan é frequente nos países em desenvolvimento onde os cuidados peri e pós parto ainda são precários, necessitando de nossa atenção, pois o diagnóstico precoce e tratamento adequado, evitam iatrogênias e melhoram significativamente a qualidade de vida dessas pacientes, reduzindo a morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Sheehan, hipopituitarismo, necrose da hipófise, pós-parto.

REFERÊNCIAS

- [1] Vieira, EA. Sheehan's syndrome. Case report and literature review. Moreira junior, fev. 2012. [acesso em 16 de abril 2018]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&i_d_materia=5764.
- [2] Soares, VD, Conceicao, LF, Vaisman, M. Aspectos diagnósticos e terapêuticos da síndrome de sheehan. Arq Bras Endocrinol Metab. 2008; 52(5). [acesso em: 16 de abril 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n5/20.pdf>.
- [3] Portes, E, et al., Hipopituitarismo: tratamento. projeto diretrizes. Soc Bras Endocrinol Metab. 2006. [acesso em 18 de abril 2018] Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_bibliotecaantiga/hipopituitarismo-tratamento.pdf.
- [4] Diri, H, et al., Sheehan's syndrome: new insights into an old disease. Endocrin, 2016; 51(1):22-31. [acesso em: 18 de abril 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26323346>.
- [5] Zuleyha, K, et al., Sheehan Syndrome. Nature reviews disease primers. 2016; 1(2):16092. [acesso em: 19 de abril 2018] Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrdp201692>.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

HANSENÍASE VIRCHOWIANA EM MULHER IDOSA NO ESTADO DE MINAS GERAIS: UM RELATO DE CASO

VIRCHOWIAN LEPROSY IN ELDERLY WOMEN IN THE STATE OF MINAS GERAIS: A CASE REPORT

ARTHUR DE SOUSA **CARVALHO**¹, AUGUSTO GOMES RAMOS **PEDROGA**¹, CHRYSTIAN MENESES **RIBEIRO**^{1*}, LAYARA DE **ASSIS**¹, LORENA SOUZA **RODRIGUES**²

1. Acadêmico do curso de graduação de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Plantonista e Médica de Família do Hospital Márcio Cunha.

*Rua Novo Hamburgo, 320, Apartamento 101, Veneza 1, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-252. chrystianmeneses@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma doença crônica infecciosa causada pelo *M. leprae* e transmitida pela pele e trato respiratório. É importante lembrar que maioria da população possui resistência ao microrganismo. Contudo, a infecção evolui de diversas formas, de acordo com a resposta imunológica específica de cada hospedeiro, frente ao bacilo. Quando esta resposta não é efetiva, uma forma difusa e contagiosa é desenvolvida, a forma virchowiana - mais grave delas. Assim, a doença se divide clinicamente - Classificação de Madri, em Tuberculóide, Indeterminada, Dimorfa e Virchowiana. Entretanto, a classificação mais utilizada visando o diagnóstico e o tratamento precoce é a preconizada pela OMS, que se baseia no número de lesões apresentadas pelo paciente - paucibacilares até 5 lesões e multibacilares mais de 5.

RELATO DE CASO: Paciente 62 anos, sexo feminino, independente para atividades diárias, moradora do interior de Minas Gerais. Relatou nódulo em coxa direita associado a dor, calor local e hiperemia há três semanas. Previamente foi atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e fez uso de cefalexina por três dias, sem melhora. Evolução com linfadenopatia inguinal ipsilateral e intensificação dos sinais flogísticos. Ausência de comorbidades, vícios ou alergias, em uso de Amitriptilina há um ano. No ambulatório foram solicitados exames e suspendeu-se a Amitriptilina para teste da hipótese de reação alérgica. Em uma semana paciente evoluiu com coriza, obstrução nasal purulenta, espirros, cefaleia, febre baixa, hiporexia, mal-estar generalizado e mialgia. Aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos em membros inferiores e superiores com hiperemia e rubor local; orelhas edemaciadas e infiltradas. Sem demais alterações no exame físico. Nos exames laboratoriais foram constatadas leucocitose e uma Proteína C Reativa (PCR) exageradamente aumentada, o que sugeriu infecção. Assim, iniciou-se a terapêutica com Ceftriaxona. A propedêutica seguiu com sorologias específicas para doenças autoimunes, DST's e pesquisa de BAAR. Solicitou-se ainda a biópsia da lesão, baciloscopia

(raspado de orelhas, joelho e cotovelo), ecocardiograma e tomografia computadorizada (TC) de seios da face. Constatou-se pansinusopatia e baciloscopia positiva (+++ Lóbulo esquerdo/++ Lóbulo direito/ + joelho e cotovelo). À biópsia observaram-se dermatite crônica perivascular, perianexial e perimetral, com histiócitos espumosos, linfócitos e neutrófilo, além de numerosos bacilos BAAR positivos compatíveis com *M. Leprae*, o que caracterizou o quadro morfológico como eritema nodoso hansênico. O diagnóstico foi consistente com Hanseníase Virchowiana. Logo, realizou-se a notificação compulsória obrigatória e iniciou-se o tratamento. A dose de prednisona foi aumentada e associada ceftriaxona e clindamicina. Paciente evoluiu com melhora do quadro e teve alta com continuidade da antibioticoterapia via oral domiciliar. **CONCLUSÃO:** Apesar da prevalência da Hanseníase no Brasil ter apresentado uma queda significativa nas últimas décadas, a doença ainda se mantém em níveis alarmantes. A existência de casos em estágios avançados - como a virchowiana, na atualidade é preocupante, tendo em vista o tratamento acessível, diagnóstico simples, baixo risco de contágio e deformidades evitáveis. Portanto, essa nosologia é um importante problema de saúde pública, necessitando de estratégias e esforço unificado, visando a sua erradicação e melhoria da qualidade de vida dos pacientes acometidos.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase Virchowiana, *Mycobacterium leprae*, infectologia.

REFERÊNCIAS

- [1] Moreira D, et al. Hanseníase virchowiana e múltiplas reações em paciente atendido pela primeira vez na dermatologia. Revista de Patologia do Tocantins. 2013;4(4).
- [2] Coelho Júnior LG, et al. Reação hansênica tipo dois em paciente multibacilar, forma Virchowiana, em vigência de tratamento: relato de caso. Rev Med (São Paulo). 2014; 94(3):197-200.
- [3] Rocha MCN, et al. Óbitos registrados com causa básica hanseníase no Brasil: uso do relacionamento de bases de dados para melhoria da informação. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2015; 20(4).

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM IDOSO NA CIDADE DE IPATINGA: UM RELATO DE CASO

PARACOCCIDIOIDOMICOSE IN ELDERLY IN THE CITY OF IPATINGA: A CASE REPORT

ARTHUR DE SOUSA CARVALHO^{1*}, AUGUSTO GOMES RAMOS PEDROGA¹, CHRYSTIAN MENESES RIBEIRO¹, LAYARA DE ASSIS¹, ANDREA ALVIM CARVALHO DE SÁ²

1. Acadêmico do curso de graduação de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Médica do hospital UNIMED Vale do Aço.

*Rua Nova Iguaçu, 75, Veneza 1, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-257. arthuripatinga@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada pelo *Paracoccidioides sp.* Prevalente na América Latina, sua transmissão se dá pelo ar e solo contaminado. No Brasil, a maioria dos casos tem sido relatada nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. A doença tem caráter endêmico entre as populações da zona rural, acometendo os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária produtiva da vida (30-60 anos), sendo relacionada às atividades agrícolas. No entanto, sua incidência e prevalência são subestimadas devido à falta de notificação compulsória. **RELATO DE CASO:** Paciente, 60 anos, sexo masculino, com quadro febril, tosse produtiva de aspecto amarelado, dispnéia progressiva aos pequenos esforços e perda de peso. Evoluiu com algia em tórax, ventilatória dependente, que piora com a tosse. Tabagista 40 anos/maço. EF: baqueteamento digital, FTV aumentado, macicez e MV diminuído no ápice. Ao Rx de tórax: opacidades lineares, algumas grosseiras principalmente nos lobos superiores, com distorção arquitetural. Ao exame de escarro: encontrado elementos fúngicos sugestivos de *P. brasiliensis*, confirmando o diagnóstico. Iniciado o tratamento com Itraconazol 200mg/dia, por 6 meses. Solicitado TC de tórax para reavaliação, indicando: comprometimento pulmonar extenso caracterizado por espessamento pulmonar centrolobular, com estrias irregulares e nódulos de pequenas dimensões; distorção morfológica do parênquima pulmonar; sinais de hiperinsuflação pulmonar com enfisema pericatricial. HD: Paracoccidiodomicose. Conduta: Mantida medicação. **DISCUSSÃO:** A PCM é uma doença sistêmica, logo, seu quadro clínico é variável. Em 90% dos casos há comprometimento pulmonar. Na ausência de tratamento, pode acometer outros sítios, tais como pele, mucosas, fígado, baço, ossos e SNC. O fator determinante do quadro clínico é a condição imunológica do hospedeiro, que se eficaz causa a regressão da infecção. A forma aguda ou juvenil, acomete ambos os sexos igualmente, na faixa etária de até 35 anos. É raro o comprometimento pulmonar, mas evolui com rápida queda do estado geral. Já a forma crônica ou tipo adulto, é mais frequente (90% dos casos), com predomínio no sexo masculino. Pode ser de manifestação unifocal ou multifocal

(se disseminada). Nestes casos, o paciente costuma demorar a procurar assistência médica, instalando-se um quadro de caquexia. O diagnóstico definitivo (padrão ouro) é o achado do fungo em espécimes clínicos ou de biópsia tecidual. No exame histopatológico, observa-se células de levedura ovais a arredondadas com paredes refráteis duplas, e brotamentos únicos ou múltiplos (blastoconídios), denominados “rodas de leme”, característicos desse fungo. Na radiografia simples de tórax, pode ser visualizado infiltrado reticulonodular, predominante nos dois terços superiores de ambos os pulmões, assimétrico, com hipertransparência junto às bases pulmonares. Quanto ao tratamento, algumas considerações são importantes: devem-se adotar medidas de suporte perante complicações clínicas, bem como avaliar e tratar comorbidades; o Itraconazol é a melhor opção nas formas leves/moderadas, realizado durante 6 meses; em casos mais graves ou refratários pode-se adotar terapia associada com Anfotericina B; os pacientes devem ser acompanhados até atingir os critérios de cura clínica, radiológica e micológica. **CONCLUSÃO:** Ainda são necessárias a realização de estudos, no sentido de acrescentar conhecimento para a literatura médica, visto que não há consensos sobre o quadro clínico da doença e o diagnóstico da patologia em questão.

PALAVRAS-CHAVE: Paracoccidiodomicose, Paracoccidiodomicose sp, Micose sistêmicas.

REFERÊNCIAS

- [1] Shikanai-Yasuda MA *et al.* Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidiodomycosis. Rev Soc Bras Med Trop. 2017; 50(5): 715-740.
- [2] Mendes RP *et al.* Paracoccidiodomycosis: Current Perspectives from Brazil. Open Microbiol J. 2017; 11:224. [acesso 15 abr. 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5695158/>
- [3] Wanke B, Aidê MA. Capítulo 6 - Paracoccidiodomicose. J Bras Pneumol. 2009; 35(12): 1245-1249.
- [4] Murray PR., Rosenthal KS, Pfaller MA. Microbiologia médica. Elsevier Brasil. 2014; 3334-3341.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

RELATO DE CASO - APÊNDICE ÍLEOCECAL COM SINAIS DE ISQUEMIA EM CONTEÚDO HERNIÁRIO UMBILICAL EM UM PACIENTE DE 50 ANOS

CASE REPORT – ILEOCECAL APPENDIX WITH SIGNS OF ISCHEMIA IN UMBILICAL HERNIA CONTENTS IN A 50-YEAR-OLD PATIENT

GEVANA LUIZA SOUZA **PINTO**^{1*}, AUGUSTO ZBONIK **MENDES**², GABRIELA COELHO TEIXEIRA **CAMPOS**², PÂMELLA CASTRO JUSTINO DE **OLIVEIRA**³, ALUISIO HENRIQUE **RODRIGUES**⁴, LUÍS ALBERTO VALENTE **LAUFER**⁵

1. Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – Multivix; 2. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 3. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – campus avançado Governador Valadares; 4. Médico do Hospital Madre Regina Protmann; 5. Médico da Prefeitura Municipal da Serra- ES

* Avenida Dr. Pedro Feu Rosa, 197, apartamento 303/6, Jardim da Penha, Vitória, Espírito Santo, Brasil. CEP: 29060-730. gevanalsp@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: As hérnias umbilicais em adultos são resultado da fraqueza da musculatura dessa região. Neste artigo será relatado o caso de uma paciente com o quadro de dor abdominal em região umbilical, diagnosticada com hérnia umbilical estrangulada cujo conteúdo herniário era o apêndice vermiforme.

RELATO DE CASO: Paciente, feminino, 50 anos, hipertensa e diabética, deu entrada no dia 08 de janeiro de 2015 no pronto socorro cirúrgico em um hospital do município da Serra- ES com a queixa de dor abdominal há três dias, que iniciou em região umbilical, e evoluiu para difusa, associada a náuseas, nega demais sintomas. O exame físico abdominal revelou abdome globoso, com presença de peristalse, doloroso à palpação superficial e profunda em região umbilical, onde se observou tumefação não redutível de cerca de três centímetros, com calor e rubor. Foi aventada, então, a hipótese diagnóstica de hérnia umbilical encarcerada, com necessidade imediata de intervenção cirúrgica. Durante o ato operatório foi observado à presença de parte do apêndice vermiforme com sinais de isquemia no interior do saco herniário. Realizado, então, apendicectomia, com posterior hemostasia e sutura do anel herniário. O procedimento ocorreu sem intercorrências e a paciente recuperou-se satisfatoriamente. **CONCLUSÃO:** O encarceramento do apêndice vermiforme é um evento raro, mais frequente em hérnias femorais ou inguinais (denominadas de Garegeot e Amyand, respectivamente). A literatura sobre o assunto é escassa, portanto, esta condição representa um desafio diagnóstico pela baixa incidência, apresentação clínica indistinguível e imagens ambíguas quando utilizados exames de imagem. Portanto a cirurgia passa a ter cunho diagnóstico e terapêutico perante esses casos.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia umbilical, dor abdominal, apendicite, herniorrafia.

REFERÊNCIAS

- [1] Goulart A, Martins S. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. Rev. Port. Cir., Lisboa. 2015; 33:25-42. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182015000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 abr. 2018.
- [2] Sousa D, et al . Hérnia de Amyand. Rev. Port. Cir., Lisboa. 2016; 37:29-32. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182016000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 abr. 2018.
- [3] Garcia DPC, et al . Treatment of abdominal wall hernia with suture, or polypropylene, or collagen prosthesis. Acta Cir. Bras. São Paulo. 2016; 31(6):371-376. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502016000600371&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-65020160060000002>.
- [4] Diaz R, et al . Cirugía laparoscópica de una hernia de Garegeot: presentación poco frecuente de una hernia crural. Rev Chil Cir, Santiago. 2016; 68(6):446-448. Disponible em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000600009&lng=es&nrm=iso>. accedido en 19 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.06.012>.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

GESTAÇÃO GEMELAR MONOCORIONICA E MONOAMNIÓTICA COM DIAGNÓSTICO DE ANENCEFALIA EM APENAS UM DOS FETOS

MONOCHORIONIC-MONOAMNIOTIC TWIN PREGNANCY WITH SINGLE FETUS ANANCEPHALY DIAGNOSIS

ANDRÉ PEREZINI DE OLIVEIRA¹, IZABELA DA SILVA MELO¹, LANNA L. CAMARGO LEITE^{1*}, LUCAS OTÁVIO DE MORAIS LAGE¹, CAMILA FONSECA BARROS², FABRÍCIO MELO NASCIMENTO³

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professor, Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 3. Médico no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

* Rua Marquês de Pombal, 29, Bom Retiro, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35160-234. lualanna@outlook.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: As gestações gemelares representam cerca de 1% de todas as gravidezes, com aumento significativo nos últimos anos devido ao maior número de reproduções assistidas. Porém, são ainda mais raras quando monoamnióticas e monocoriônicas. É de suma importância conhecer a corionicidade da gestação abordada, pois gestações monocoriônicas tem morbimortalidade 2 a 5 vezes maior. Além disso, estão associados a diversas complicações. **RELATO DE CASO:** Primigesta, IG 26 semanas e 3 dias, gestação gemelar monocorionica e monoamniótica, adentra o PS queixando perda de líquido e dor pélvica. Ao exame: bom estado geral, FC 120 bpm, PA 130x80 mmHg, BCF 128 e 139. Colo 70% apagado e 3cm dilatado, bolsa íntegra, contrações esparsas e sem sangramento. Hipertensa crônica em uso de Metildopa 500mg 12/12h. USG obstétrico: feto A longitudinal, cefálico, com movimentos fetais, tônus e movimentos respiratórios presentes, BCF 156 bpm, índice de líquido amniótico (ILA) dentro da normalidade, resistência de artéria uterina diminuída e face de batráquio, compatível com anencefalia. Feto B longitudinal, cefálico, movimentos fetais, tônus e movimentos respiratórios presentes, BCF 164, ILA dentro da normalidade, sem centralização. Conduta: tocólise com Nifedipino e maturação pulmonar fetal com corticoide. Manteve-se internada em controle por 9 dias, evoluiu com taquicardia materno-fetal e progressão do trabalho de parto. Realizada cesariana. Recém-nascido A, sexo feminino, 674g, apgar 1 e 2 em primeiro e quinto minuto e evoluiu a óbito. Recém-nascido B, sexo feminino, 945g, obteve apgar 4 e 8 em primeiro e quinto minuto, encaminhado a UTI.

DISCUSSÃO: Uma das principais anomalias estruturais em gestação gemelar é a anencefalia, que pode ocorrer em uma gravidez monocoriônica diaminiótica ou dicoriônica,

ou ser uma gestação monocoriônica monoamniótica. Caracteriza-se por uma má formação congênita do sistema nervoso central que resulta em ausência total ou parcial do cérebro, crânio e couro cabeludo, podendo estar associada a outras alterações. Trata-se de um defeito letal para o feto, sendo que 75% morrem intrauterinos e 25% nascem vivos, mas a maioria morre nas primeiras 24 horas. O diagnóstico pode ser feito pelo ultrassom a partir de 11 semanas de gestação. **CONCLUSÃO:** As gestações gemelares monoamnióticas discordantes para anencefalia podem gerar problemas específicos e até mesmo fatais ao gêmeo estruturalmente normal. E são tais possibilidades que geram um dilema quanto ao manejo para a maioria dos obstetras, ora agressivo com terminação seletiva e transação dos cordões umbilicais para prevenir a morte intrauterina do gêmeo estruturalmente normal; ora tratamento conservador com parto prematuro por volta de 32 semanas de gestação.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação gemelar; anencefalia, monocorionica, monoamniótica.

REFERÊNCIAS

- [1] Chen C, *et al.* Discordant anencephaly and Cantrell syndrome in monozygotic twins conceived by ICSI and IVFET. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 2013; 52:297-299.
- [2] Kang HJ. Gestação gemelar com malformação fetal estrutural: fatores preditores de óbito intrauterino e parto prematuro abaixo de 32 semanas. Dissertação (mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2013.
- [3] Leveno KJ, *et al.* Manual de Obstetrícia de Williams: Complicações na Gestação. 23ª ed. Artmed Editora. 2014.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES DE ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES EM USO PEDRIÁTRICO

ANALYSIS OF THE PRESCRIPTIONS OF ANALGESICS, ANTIPYRETICS AND NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN PEDIATRIC USE

LAYANDRA VITTÓRIA DE ASSIS^{1*}, LAYARA DE ASSIS¹, GABRIELLA DE FREITAS CARDOSO¹, LAMARA LAGUARDIA VALENTE ROCHA², RONNY FRANCISCO DE SOUZA²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professores do curso de graduação de Medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC).

* Rua Alfredo Feitosa, 266, Cidade Nobre, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP:35162-354. layandraassis@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A utilização de medicamentos da classe dos antipirético, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), na faixa etária de 0 a 12 anos, tem sido cada vez mais difundida em todo o mundo, chegando a uma média de 73 milhões de prescrições anuais. No Brasil, por não ser exigido a apresentação de receitas para adquirir tais medicamentos, muitas vezes esses acabam sendo utilizados de forma "off label" o que acarreta riscos à saúde da criança devido a sua alta toxicidade. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo observacional, transversal, a partir de análise de prontuários e prescrições pediátricas quanto ao uso de analgésicos, antipiréticos e AINES em uma população de 0 a 12 anos. Os resultados serão dados em tabelas de frequência percentual e absoluta. Testes: qui-quadrado e teste G, com $p < 0,005$. **RESULTADOS:** A partir da amostra dos 754 prontuários, 498 foram excluídos por não obedecerem aos critérios de inclusão da pesquisa e 256 seguiram para estudo. A análise feita permitiu observar que dipirona e profenid são os mais indicados para o controle de agravos como por exemplo, febre e dor. Além disso, dentre as prescrições, 50 (19% dos prontuários) indicaram associação dupla contraindicada. Levando em conta o uso racional dos AA/AINES realizou-se testes de associação considerando a prescrição conjunta destes medicamentos e os resultados foram lançados em tabelas. **CONCLUSÃO:** A análise dos 256 prontuários evidenciou que Dipirona e Profenid são os mais utilizados para o controle da dor e febre. A maior parte dos registros descreviam o uso único de medicamento, enquanto o restante registrou poli farmácia. Desse modo, observou-se que na maioria das prescrições o tratamento não estava apropriado quanto a posologia para a idade. Em relação aos considerados adequados, a dose, a frequência e a duração do tratamento foram corretos. Verificando, assim, a importância do uso racional dessas medicações, a fim de evitar agravos

PALAVRAS-CHAVE: Antipiréticos, Anti-inflamatórios não esteroides, prescrição de medicamentos, pediatria.

REFERÊNCIAS

- [1] Ferreira TR, Lopes LC. Analysis of analgesic, antipyretic, and nonsteroidal anti-inflammatory drug use in pediatric prescriptions. J Pediatric (Rio J). 2016; 92:81-7.
- [2] Kummer CL, Coelho TCRB. Antiinflamatórios não esteróides inibidores da ciclooxigenase-2 (COX-2): Aspectos atuais. Revista Brasileira de Anestesiologia. Recife. 2002; 52(4):498-512.
- [3] Wannmacher L, Bredemeier M. Antiinflamatórios não-esteróides: Uso indiscriminado de inibidores seletivos de ciclooxigenase-2. Uso Racional de Medicamentos: Temas selecionados, Brasília. 2004; 1(2):1-6.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

MORBIDADE POR FEBRE AMARELA NO LESTE MINEIRO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE O PERÍODO DE NOV/2014 - JAN/2016 E NOV/2016 - JAN/2018

YELLOW FEVER MORBIDITY IN EASTERN MINAS GERAIS: A COMPARISON BETWEEN THE PERIOD OF NOV / 2014 - JAN / 2016 AND NOV / 2016 - JAN / 2018

RAQUEL ALVES **CORDEIRO**^{1*}, KIMILLY VIEIRA DOS SANTOS **ROCHA**¹, MARIANA LOPES **STULZER**¹, LUCIANO DE SOUZA **VIANA**²

1. Acadêmico do curso de graduação de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professor Doutor, Disciplina ética médica do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior, MD, MSc e PhD.

* Av. Macapá, 160, apartamento 201, Veneza, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-253. raquelcordeirobsb@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Febre Amarela (FA) é uma doença endêmica das áreas florestais na América Latina e África, e em 2017 o Brasil enfrentou um importante surto da doença, principalmente nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, e seu alcance se estendeu para São Paulo em 2018. **DESCRIÇÃO:** A presente pesquisa buscou a comparação entre duas épocas diferentes, porém com o mesmo intervalo de tempo, para demonstrar o aumento significativo de dados registrados no SUS de morbidade por Febre Amarela no Brasil, Minas Gerais e especificamente no Leste mineiro. **OBJETIVOS:** Demonstrar os dados alarmantes registrados pelo Ministério da Saúde, através do DATASUS, de morbidade por Febre Amarela no Brasil e principalmente no Leste mineiro, devido ao crescente número de casos desde o final de 2016 até janeiro de 2018, comparando assim, com anos anteriores, com o mesmo intervalo de tempo. **MÉTODOS:** Foram realizadas pesquisas no DATASUS sobre os índices epidemiológicos e de morbidade hospitalar do SUS, por local de residência, comparando o período de Nov/2014- Jan/2016 e Nov/2016- Jan/2018, e também em artigos do PubMed para exposição dos assuntos relacionados à Febre Amarela. **RESULTADOS:** Foram registrados, no Brasil, 888 novos casos de internações por Febre Amarela entre os dois períodos de tempo analisados, sendo 851 destes novos casos na região sudeste, destes, 559 em Minas Gerais e 162 somente no leste mineiro (onde não havia registro de nenhum caso no período de Nov/2014- Jan/2016). **CONCLUSÃO:** De Nov/2016- Jan/2018 foram registrados 905 novos casos da doença no Brasil, e destes, 147 foram registrados em Janeiro de 2018, sendo 145 na região sudeste. Os recentes casos investigados pelo Ministério da Saúde indicam que os infectados foram expostos a áreas de matas ou zonas rurais. Segundo o órgão, o surto seria causado por uma maior circulação do vírus em áreas onde ele

não era registrado há tempos. A falta de vacinação da população teria facilitado sua ampla dispersão.

PALAVRAS-CHAVE: Febre amarela, internações, incidência, Leste mineiro.

REFERÊNCIAS

- [1] Costa ZGA, Romano APM, Elkhoury ANM, *et al.* Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua. 2011; 2(1):11-26. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr. 2018.
- [2] Litvoc MN, Novaes CTG, Lopes MIBF. Yellow fever. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo. 2018; 64(2):106-113. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018000200106&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr. 2018.
- [3] Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos de Morbidade Hospitalar do SUS. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=927&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def/htm.exe?sih/cnv/nr>>. Acesso em: 20 Mar. 2018.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

INTOXICAÇÃO POR BROMOPRIDA EM CRIANÇA DE 6 ANOS: RELATO DE CASO

BROMOPRIDE INTOXICATION IN A 6-YEAR-OLD CHILD: CASE REPORT

FERNANDA SOUZA DE FARIA¹, GABRIELA VALANI GIURIATO¹, JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO BARROS¹, JOÃO PAULO DOS SANTOS GOMES¹, THAYS FERRAZ SOARES^{2*}

1. Aluno do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Médico do Hospital Santa Casa de Barbacena.

* Rua Padre Marinho, 450, apartamento 502, Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 301400-40. Sthays93@yahoo.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O vômito é causa comum de atendimento em emergências pediátricas. Quando não tratado adequadamente é um obstáculo para a terapia de reidratação oral. Não existe consenso pediátrico sobre qual é a melhor terapêutica para tratamento de vômito e a via de administração nesse cenário. Se vômito persistente, o uso de antieméticos, com dose adequada pode evitar complicações graves decorrentes da desidratação. **RELATO DE CASO:** Menina, 6 anos, residente em Belo Oriente, deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento de Ipatinga no dia 06/03/2018 às 17:00 com quadro de exantema generalizado, febre alta, dificuldade em se locomover, tremores e letárgica. A avó relata que a paciente esteve na mesma unidade há dois dias, onde foi avaliada, recebendo alta com prescrição de Dipirona 500 mg/ml 20 gotas de 6/6h em caso de dor ou febre, e Bromoprida 4 mg/ml 24 gotas de 8/8h em caso de náusea ou vômito, para casa. Ao exame: BEG, corada, hidratada, eupneica, afebril, ausência de sinais meníngeos, MV fisiológico, abdome atípico, exantema maculopapular em todo corpo. Às 19h00min apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada, sendo imediatamente medicada com Midazolan 0,9 ml EV, com interrupção da crise e após 2 horas foi prescrito Fenitoína 130 mg/24hrs e 250 ml SF 0,9%. Exames realizados às 19h45min: Hemácias: 5.050.000/mm³; Hb: 13,4g/dl; Htc: 41%; Plqt: 173000/mm³; Na: 141; K: 4,40; Proteína C reativa: 60mg/dl. EAS: sem quaisquer alterações. Foi mantida no serviço com prescrição de dieta livre, dipirona, fenitoína, SF 0,9% 250ml, oximetria de pulso contínua, aferição de sinais vitais de 6/6h, ceftriaxona 1300mg EV em dose única. Foi feito diagnóstico clínico de intoxicação por bromoprida, apesar de a dose prescrita estar adequada ao peso e idade. Na tarde do dia 07/03 foi transferida para o Hospital Márcio Cunha, não havendo mais contato com a paciente a partir desta data. **DISCUSSÃO:** A bromoprida é usada no controle de náuseas e vômitos, com redução dos sintomas. Atuam sobre o sistema nervoso central (SNC) e periférico, estimulando a motilidade gastrointestinal, aumentam o tônus e a amplitude das contrações gástricas e relaxam o esfíncter

pilórico, resultando no esvaziamento gástrico e no aumento do trânsito intestinal. Contraindicados na presença de hemorragia, perfuração gastrointestinal ou obstrução mecânica, pacientes epiléticos ou que estejam recebendo outras drogas que possam causar reações extrapiramidais. Reações adversas, como sonolência, inquietação, erupções cutâneas e urticária. Os efeitos adversos mais graves são: reação extrapiramidal (rigidez muscular, tremor), distonia aguda (contração muscular sustentada, torção, espasmos e posturas anormais) e discinesia tardia (movimentos repetitivos involuntários). Para o alívio dos sintomas extrapiramidais, devem ser administrados biperideno, prometazina ou difenidramina. **CONCLUSÃO:** As intoxicações medicamentosas são frequentes nos atendimentos de emergência, a bromoprida é considerada eficaz, mas apresenta associação com efeitos colaterais que podem determinar um maior tempo de observação em sala de emergência e aumentar os custos hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: Bromoprida, intoxicação, reação extrapiramidal.

REFERÊNCIAS

- [1] Alcântara DA, Vieira LJES, Albuquerque VLM. Intoxicação medicamentosa em criança. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza. 2003; 16(2):10-16.
- [2] Portela JL, et al. Tratamento para vômito por gastroenterite aguda: bromoprida, Metoclopramida e ondansetron. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, Santa Maria. 2014; 3(1):102-110.
- [3] Portela JL. Ensaio clínico randomizado, controlado, comparando os resultados da bromoprida, metoclopramida e ondansetron aplicados intramuscular em dose única para o tratamento de vômitos em um pronto socorro pediátrico. Tese (Doutorado em Pediatria) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Pediatria e Saúde da Criança. 2015.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

SÍNDROME DE SILVER-RUSSELL: RELATO DE CASO

SILVER-RUSSELL SYNDROME: CASE REPORT

STÉPHANIE CALIXO SARTORI^{1*}, MARCELO CÂNDIDO S. D. NOBRE¹, LAÍS SIMIÃO GARCIA¹,
ARIANE SIMIÃO GARCIA², LÉA RACHE GASPAR³

1. Acadêmico do curso de Medicina do IMES - Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nove de Julho; 3. Professora da Disciplina Pediatria do curso de Medicina do IMES.

* Rua Lindeia, 126, Lucília, Cidade de João Monlevade, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35930-245. stephanie.sartori@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A síndrome de Silver-Russell (SSR) é uma patologia genética rara, cuja incidência é estimada em 1:100.000 nascidos vivos. Caracteriza-se por retardo do crescimento intrauterino e pós-natal, sinais craniofaciais com fácies típica, microcrania, face triangular, frontal amplo, micrognatia e anomalias de orelhas. O diagnóstico é feito por meio da citogenética molecular. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, com história gestacional de retardo do crescimento intrauterino ao ultrassom obstétrico, idade gestacional de 37 semanas, Apgar 7 e 8 no primeiro e quinto minutos de vida, peso ao nascer de 1,600g. Apresentou depressão respiratória no pós-parto revertida sob ventilação com pressão positiva (VPP). Aos três meses de idade observou-se atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e pênodo-estatural, que se encontrava abaixo do menos dois pelo escore Z. Ao exame físico da criança, nota-se fácies atípica, e alterações dismórficas caracterizadas principalmente por microcrania relativa com formato triangular. O exame molecular para Síndrome de SILVER-RUSSELL mostrou perda da metilação no domínio de imprinting IC1 (H19DMR), com padrão de cópias normal na região cromossômica 11p15, que confirmou o diagnóstico. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico de SSR, pode ser dificultado e até mesmo subnotificado devido à sua heterogeneidade clínica. É uma condição genética de espectro fenotípico com base etiológica e variabilidade de expressão pouco conhecida, e por isso frequentemente diagnosticada tardiamente. O tratamento inclui terapia com hormônio de crescimento e suporte de equipe multiprofissional nas áreas que a criança apresenta déficits associada a plano de educação individualizado.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Silver-Russell, retardo de crescimento, face triangular.

REFERÊNCIAS

- [1] Bonaldi A. Estudo genético da síndrome de Silver-Russell. 2011. Dissertação (Mestrado em Biologia (Genética)) - Instituto de Biociências, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.
- [2] Fernandes SEF, Lucena CBM, Novaes MRB, Santos PL, Oliveira ACE, Damião RS. Síndrome de Silver-Russell: etiologia e critérios diagnósticos. Ver. Ciênc. Saúde Nova Esperança. 2013
- [3] Mascarenhas JV, Vageesh SA. Russell Silver syndrome: A perspective on growth and the influence of growth hormone therapy. Department of Endocrinology, St. John's Medical College, Bangalore, India. 2012.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

SÍNDROME DE WOLFRAM: UM CASO RARO DE DIABETES MELLITUS E ATROFIA ÓPTICA ASSOCIADA A DIABETES INSÍPIDUS E SURDEZ

WOLFRAM SYNDROME: A RARE CASE OF DIABETES MELLITUS AND OPTICAL ATROPHY ASSOCIATED WITH DIABETES INSÍPIDUS AND SURDEZ

ANA LUÍSA DRUMOND **CORRÊA**¹, LUISA MARÇAL **DE PAULA**¹, MAÍSA MARQUES **BARROS**¹, THAÍS CARREIRO DE **MORAIS**¹, NATÁLIA COELHO **MARÇAL**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale do Aço; 2. Médica do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte.

* Rua Antônio Peregrino Nascimento 146, apto 302, Palmares, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 31155-730. analuisadrumond@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A síndrome de Wolfram (SW) é uma condição neurodegenerativa rara, com padrão de hereditariedade autossômico recessivo ou por mutações no DNA mitocondrial. Sua prevalência é de 1 em 100.000 a 770.000 indivíduos. É caracterizada pela presença de diabetes mellitus tipo 1 não imune, associada a atrofia óptica, diabetes insípido central e surdez neurossensorial. Outras alterações sistêmicas e oculares podem estar associadas. **RELATO DE**

CASO: Paciente gênero feminino, 27 anos, filha de pais não consanguíneos, iniciou com diabetes mellitus tipo 1 não imune aos 4 anos. Aos 10 anos, apresentou sintomatologia de turvação visual, poliúria, polidipsia e sede excessiva. Foi então encaminhada para o rastreio genético molecular em Belo Horizonte, onde a diagnosticaram com a síndrome de Wolfram. Além da diabetes mellitus e da insípido, apresenta amaurose devido à atrofia óptica e surdez neurossensorial bilateral. Não há relato de outros casos conhecidos na família. Faz uso de Insulina NPH 14 + 4 + 8 UI, insulina regular 4 + 4 + 4, Carbamazepina 200mg BID, Oxibutinina 5 mg BID, Risperidona 1 mg MID, Simvastatina 10 mg MID, Nortriptilina 25 mg TID, Carbonato de cálcio 2 + 2 + 1, DDAVP 0,05 ml BID e Fludrocortisona. **CONCLUSÃO:** A SW é uma condição neurodegenerativa de origem genética rara com manifestações clínicas variadas dependentes do acometimento. O diagnóstico é predominantemente clínico, sendo os critérios mínimos a presença de diabetes mellitus e atrofia óptica, ambos iniciados antes dos 16 anos. É possível sua confirmação através de estudos moleculares genéticos. O tratamento inclui o manejo das manifestações, sejam elas urológicas, oftalmológicas, auditivas, neurológicas e endocrinológicas, além de acompanhamento multidisciplinar. O prognóstico é sombrio e a maioria dos portadores falecem prematuramente com disfunções neurológicas severas.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Wolfram, diabetes mellitus, atrofia óptica

REFERÊNCIAS

- [1] Bandeira F, *et al.* Endocrinologia Básica e Diabetes. 2 ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora. 2009.
- [2] Bueno GE, *et al.* Uma família com síndrome de Wolfram. Rev Clin Med Fam. 2013; 6(1):54-57.
- [3] Gentil, *et al.* Síndrome de Wolfram: Diagnóstico e 6 Anos de Acompanhamento. Rev. Oftalmologia. 2012; 36:315-319.
- [4] Ribeiro MRF, *et al.* Síndrome de Wolfram: da definição às bases moleculares. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006; 50(5):839-844.
- [5] Urano F. Wolfram syndrome: diagnosis, management, and treatment. Curr Diab Rep. 2016; 16(6).

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ACHADOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO E CONDUTA DE UM TERATOMA OVARIANO RARO - STRUMA OVARI: RELATO DE CASO

CLINICAL FINDINGS, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF A RARE OVARIAN TERATOMA - STRUMA OVARI: CASE REPORT

AMANDA DUARTE E DUARTE¹, MARIA TEREZA COSTA LAGE¹, RAFAELA FERRO VALENTE¹, VALÉRIA LOPES CUPERTINO¹, ANA LUIZA COSTA LAGE^{2*}

1. Acadêmica do curso de graduação de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale no Aço; 2. Médica do Núcleo de Otorrino de Belo Horizonte.

* Rua Maestro José de Doroteia, 270, Santo Antônio, Itabira, Minas Gerais, Brasil, CEP: 35900-648. analuizaorl@outlook.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Struma ovarii é um teratoma ovariano raro composto predominantemente por tecido tireoidiano maduro. A maioria é histologicamente classificada como carcinoma papilar de tireóide. Em geral, 5-8% produzem clínica de hipertireoidismo e 5-10% desses tumores são malignos. A ativação de oncogenes como BRAF (35- 69%), RAS (10%), ou RET (5- 30%) é comum em carcinoma papilar da tireóide, e as mutações correlacionam com o subtipo do tumor, idade do paciente e comportamento clínico. Devido à sua raridade, existem várias abordagens para seu tratamento. **MATERIAL E MÉTODOS:** A informação foi coletada através de análise de exames e anamnese da paciente. Além disso, foi realizada uma revisão de literatura sobre a patologia em questão. **RELATO DE CASO:** Mulher de 33 anos com suspeita de teratoma ou cisto ovariano após ultrassom para acompanhamento da gravidez. A ecografia transvaginal confirmou a presença de tumefação quística multiloculada com septos e parede espessadas. Não apresentou alterações menstruais, dor abdominal ou qualquer outro sintoma. O exame histológico definitivo identificou um teratoma maligno do ovário constituído essencialmente por tecido tireoidiano. Foi submetida à cesária e ooforectomia unilateral à esquerda. A paciente manteve-se assintomática e com valores normais de THS e T4 livre no pós-operatório. **DISCUSSÃO:** O Struma ovarii maligno pode ser diagnosticado no pré-operatório. Os sinais clínicos e exames de imagem não são característicos e não é fácil diferenciá-los de outros tumores do ovário. Uma amostragem extensiva deve ser realizada e imunohistoquímica pode ser decisiva para estabelecer a natureza do epitélio de revestimento. Em pacientes jovens, a ooforectomia unilateral e estadiamento cirúrgico completo devem ser considerados quando o

tumor está confinado a um ovário (estádio IA). **CONCLUSÃO:** Devido à raridade do tumor, ao desconhecimento do assunto por alguns profissionais da área de saúde e comunidade acadêmica, e à dificuldade de se estabelecer o diagnóstico correto, torna-se necessário informar sobre a existência do Struma ovarii.

PALAVRAS-CHAVE: Struma ovarii, tumor; Teratoma, ovário.

REFERÊNCIAS

- [1] Goffredo P, *et al.* Malignant struma ovarii: a population-level analysis of a large series of 68 patients. *Thyroid*. 2015; 25(2):211-215.
- [2] Vaz I, *et al.* Struma Ovarii: incidental finding Struma Ovarii: um achado incidental. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2014; 8(4):411-413.
- [3] Wee JYS, *et al.* Struma ovarii: management and follow-up of a rare ovarian tumour. *Singapore Medical Journal*. 2015; 56(1):35.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

SÍFILIS PRIMÁRIA NA GESTAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA – RELATO DE CASO

PRIMARY SYPHILIS IN PREGNANCY: THE IMPORTANCE OF PRENATAL IN BASIC HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH – CASE REPORT

PÂMELLA CASTRO JUSTINO DE OLIVEIRA^{1*}, FERNANDA OLIVEIRA MONTEIRO², GABRIELA COELHO TEIXEIRA CAMPOS³, GEVANA LUIZA SOUZA PINTO⁴, AMANDA LUÍSA PIRES FIGUEIREDO⁵

1. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – campus avançado Governador Valadares; 2. Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 3. Acadêmica do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 4. Acadêmica de graduação do curso Medicina da Faculdade Brasileira – Multivix; 5. Médica residente de Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares.

* Rua Paracatu, 18, Universitário, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. CEP:35171-178. pamellajustino@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica crônica causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Apresenta-se de diversas formas dependendo do estágio da doença, sendo a lesão clássica da sífilis primária o cancro duro visto sobretudo na região genital, em média três semanas após o contágio.

RELATO DE CASO: Gestante, S. G. O., 14 anos, G1P0A0, com parceiro fixo, estudante, residente em Governador Valadares, procurou a Estratégia de Saúde da Família de sua área para realização do pré-natal. Durante a consulta médica, relatou lesão indolor em genitália de aparecimento há 30 dias. Ao exame físico foi observada úlcera de borda elevada, arredondada, de cerca de 1cm de diâmetro localizada entre grande e pequeno lábio à direita, sem secreção ou adenomegalias palpáveis. Os resultados dos exames de primeiro trimestre evidenciaram VDRL positivo com diluição até 1/16 e FTA-Abs reator. Anti-HIV, anti-HCV e o HBsAg não reatores. O exame de campo escuro não era disponível pela unidade. O tratamento efetuado foi penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única. Realizou-se a notificação do caso, o tratamento do parceiro, foi fornecido orientações à paciente bem como o seguimento sorológico mensal do VDRL, alcançando o controle desejável da titulação.

CONCLUSÃO: A elevação da incidência da sífilis gestacional e congênita no Brasil nos últimos anos a coloca como um importante problema de saúde pública. Dentre as infecções sexualmente transmissíveis ela é a que apresenta as maiores taxas de

transmissão vertical, principalmente em sua fase secundária. Desse modo a consulta do pré-natal com profissionais de saúde capacitados para o seu diagnóstico e tratamento precoce é um fator de proteção na diminuição de sua prevalência.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis, gravidez, pré-natal, saúde pública.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 2017; V(47):35.
- [2] Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017; 25:e2845.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Technical manual for diagnosis of syphilis. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.
- [4] Carlos-Lopes A. Clínica médica: diagnóstico e tratamento 1ª ed. São Paulo: Atheneu. 2013.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

HEPATOPATIA CRÔNICA PROGRESSIVA E UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM COM PANCREATITE AUTOIMUNE: RELATO DE CASO

CHRONIC PROGRESSIVE HEPATOPATHY AND AN UNCOMMON ASSOCIATION WITH AUTOIMMUNE PANCREATITIS: CASE REPORT

CECÍLIA SILVA DE PAULA **FARIA**¹, IARA OLIVEIRA **ALVES**¹, ISABELA MELO **BARROS**¹, TALES COUTINHO **CASTRO**¹, LORENA MELO **BARROS**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação em Medicina no Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES-UNIVÃO) – Ipatinga, MG; 2. Médica formada pela FCMMG; Residência em Clínica Médica pelo HMC; Médica do Hospital Metropolitano da UNIMED.

* Avenida Itália, 1414, apto. 902, Cariru, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35160-114. lorenamelob@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Colangite Esclerosante Primária (CEP) é uma hepatopatia crônica autoimune progressiva, caracterizada por inflamação, fibrose e estenose das vias biliares extra e/ou intra-hepáticas. Está associada à doença inflamatória intestinal e hepatite autoimune, sendo a pancreatite crônica um achado incomum. **RELATO DE CASO:** Homem, 46 anos, buscou atendimento com quadro de dor abdominal, ascite, perda de peso, astenia, hiporexia e icterícia com resolução espontânea. Portador de Diabetes Mellitus, em uso de insulina. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico, foi identificado esplenomegalia, sendo admitido para investigação. Exames bioquímicos evidenciaram aumento de marcadores hepáticos, de colestase e pancitopenia. Sorologia de hepatites virais negativas, IgG e IgM para leishmaniose não reagente. Nega histórico de esquistossomose. US com doppler venoso portal mostrou hepatopatia crônica e trombose de veias porta, mesentérica e esplênica. A endoscopia digestiva alta demonstrou varizes esofágicas e gastropatia congestiva. A colangiografia constatou trombose de veia porta acometendo ramos extra e intra-hepáticos. Além disso, foi identificada circulação colateral porto-sistêmica, dilatação assimétrica das vias biliares intra-hepáticas com irregularidades e áreas de estenose, aumento de calibre do ducto pancreático principal com múltiplos focos hipointensos em seu interior sugerindo cálculos. Solicitado sorologias, identificando-se aumento de IgG4. Dessa forma, foi iniciado o tratamento com ácido ursodesoxicólico, pancreatina e espirolactona para controle do quadro. **DISCUSSÃO:** A história natural desses pacientes é variável e a sobrevida média varia entre 10 e 21 anos. As manifestações clínicas mais comuns são: fadiga, icterícia e dor em hipocôndrio direito. Possui os seguintes parâmetros de gravidade: níveis de bilirrubina sérica elevada, estágio histológico, presença

de esplenomegalia e idade avançada. A doença manifesta com auto-anticorpos, comprovando seu caráter imunológico. Apresenta suscetibilidade estabelecida entre os haplotipos HL A1-B8- DR3, DR6 e DR2. Dessa forma, relaciona-se frequentemente com outras doenças autoimunes como doença inflamatória intestinal, tireoidite, lúpus eritematoso sistêmico, hepatite crônica, sarcoidose, nefropatia, entre outras.

CONCLUSÃO: Diante dos achados, o diagnóstico final foi de CEP associada à pancreatite crônica autoimune. Trata-se de uma associação grave e com prognóstico ruim, devendo ser tratada de forma incisiva após sua confirmação. O transplante hepático é uma opção de tratamento interessante, visto que é o único procedimento que melhora a expectativa de vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Hepatopatia, colangite, pancreatite, autoimune.

REFERÊNCIAS

- [1] Brito RE, Aires RS. Colangite esclerosante primária: relato de caso e revisão de literatura. Rev Estudos. 2006; 33(11):903-08.
- [2] Mincis M, Mincis R, Calichman S. Colangite esclerosante primária. GED. 2009; 29(2):50-55.
- [3] Dani R. Gastroenterologia Essencial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012; 719-727.
- [4] Farias AQ, Souza AFM, Bittencourt PL. Colangite Esclerosante Primária. São Paulo: Atha Comunicação e Editora. Sociedade Brasileira de Hepatologia. Federação Brasileira de Gastroenterologia. [acesso 15 abr. 2018] Disponível em: <http://sbhepatologia.org.br/fasciculos/17.pdf>.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN COM MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS

CASE REPORT: CROHN'S DISEASE WITH CUTANEOUS MANIFESTATIONS

AMANDA TRINDADE DE OLIVEIRA¹, RAISSA ALBUQUERQUE CALAIS DE OLIVEIRA^{1*}, MATHEUS MATTA MACHADO MAFRA DUQUE ESTRADA MEYER²

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Médico. Coloproctologista do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, MG.

* Av. Prudente de Morais, 1701/101, Santo Antônio, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30380-728. raissakalais@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença de Crohn (DC) é uma moléstia idiopática, crônica, recidivante, transmural e caracterizada por inflamação gastrointestinal granulomatosa segmentar, podendo comprometer desde a cavidade oral até a borda anal. Manifestações extraintestinais podem aparecer no momento do diagnóstico, antes ou depois. Doença cutânea metastática é uma forma rara de envolvimento da pele e está definida pela presença de lesões de pele sem contiguidade com o trato gastrointestinal. Os achados extraintestinais podem estar presentes sem sintomas abdominais significativos, tornando o diagnóstico da DC metastática um desafio. **RELATO DE CASO:** Paciente 16 anos, gênero feminino. Iniciou aos 9 anos com alterações inespecíficas do hábito intestinal alternando períodos de constipações e diarreia, associadas a dor abdominal em cólica. Em seguida, evoluiu com manifestações cutâneas em regiões vulvar e perianal incluindo edema, eritema, nódulos, placas, pústulas/pápulas e ulcerações. Fissuras, fístulas e abscessos também foram observados. Aos 12 anos a associação entre as alterações do hábito intestinal, as manifestações cutâneas e exames complementares levaram à conclusão diagnóstica de DC metastática. Colonoscopia evidenciou pequenas ulcerações mucosas com biópsia apresentando ileíte inespecífica, e a biópsia das lesões cutâneas evidenciando dermatite linfocitocitária perivascular superficial e profunda com perifoliculite, esboço de granulomas e necrose focal. Foi submetida a passagem de seton e iniciada terapia “top down” com azatioprina e infliximab. Apresentou resposta sustentada por 4 anos sendo preciso dobrar a dose do infliximab. Em 2016, apresentou recidiva da doença cutânea em sítios anteriormente normais: mama e axilas, com secreção purulenta, porém sem sintomas intensos. Nesse intervalo foi optado por corticoterapia e infiltração local de infliximab, sem melhora. No final de 2017 apresentou rápida progressão das lesões cutâneas levando a alteração da terapia biológica para adalimumab com a hipótese de autoanticorpo contra

infliximab. Não houve nenhuma resposta e sim piora intensa com disseminação das lesões cutâneas e drenagem de secreção purulenta em axilas, região infra-mamária, virilha e supra-púbica, além de lesões eritemato-ulceradas em membros inferiores e abdome. Foi optado por tratamento em regime de internação com corticoterapia venosa em dose alta, antibioticoterapia, otimização de analgesia, drenagem e desbridamento das lesões. Por fim, foi indicada alteração do tratamento biológico para ustekinumab, porém sem sucesso até o momento por questões burocráticas do Sistema Único de Saúde.

DISCUSSÃO: A doença de Crohn metastática pode ser de difícil diagnóstico, pois seus achados podem anteceder as alterações do trato gastrointestinal ou coincidir com sintomas gastrointestinais inespecíficos. O tratamento farmacológico da DC, com imunossuppressores e corticoterapia, tem como principais objetivos aliviar os sintomas, preservar a função intestinal, prolongar a remissão da doença, melhorar a qualidade de vida, prevenir e tratar complicações. Além da terapia farmacológica, o tratamento dietético combinando a dieta de exclusão da DC com nutrição enteral parcial pode ser uma estratégia importante para pacientes com falha na resposta à terapia biológica. Diante disso, o quadro da paciente se torna desafiador, pois a mesma apresentou a doença precocemente e obteve o diagnóstico retardado por não ter contato com profissionais da área, atrasando assim a remissão dos sintomas. Futura alternativa seria o desenvolvimento de trabalhos com transplante de medula óssea uma vez que foram esgotadas todas as opções terapêuticas para a idade.

CONCLUSÃO: A DC metastática na infância tem impacto importante na qualidade de vida do paciente influenciando no crescimento e desenvolvimento puberal e emocional, necessitando assim, de acompanhamento multidisciplinar. Apesar das manifestações cutâneas da DC metastática serem raras torna-se relevante seu estudo por preceder o diagnóstico da DC em 50 a 86% dos casos pediátricos. Por tratar-se de manifestação rara, o diagnóstico precoce e instituição de tratamento apropriado acelera a

I CONGRESSO MÉDICO CIENTÍFICO DO LESTE MINEIRO – IMES / DAMIMES – Ipatinga – Minas Gerais – Brasil

remissão dos sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Crohn, Crohn, Crohn manifestações cutâneas, Crohn na infância.

REFERÊNCIAS

- [1] Sabbadini C, Banzato C, Schena D, *et al.* Metastatic Crohn's disease in childhood. J der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2016; 14(4):431-4.
- [2] Blasco-Alonso J, Girón-Fernández-Crehuet F, Lenidnez-Ramírez MA, *et al.* Metastatic Crohn's disease in pediatrics. R Española de Enfermedades Digestivas. 2016; 108(9):598-603.
- [3] Ahad T, Riley A, Martindale E, Von Bremen B, *et al.* Vulvar swelling as the first presentation of Crohn's disease in children – A report of three cases. Pediatric dermatology. 2018; 35(1):e1-e4.
- [4] Freeman HJ. Natural history and long-term clinical course of Crohn's disease. World Journal of Gastroenterology. 2014; 20(1):31-36.
- [5] Papacosta NG, Nunes GM, Pacheco RJ, *et al.* Doença de Crohn: um artigo de revisão. Revista de Patologia do Tocantins. 2017; 4 (2):25-35.
- [6] Sigall Boneh R, Sarbagilli Shabat C, Yanai H, Chermesh I, *et al.* Dietary therapy with the Crohn's disease exclusion diet is a successful strategy for induction of remission in children and adults failing biological therapy. J of Crohn's and Colitis. 2017; 11(10):1205-1212.
- [7] Liew A, O'Brien T, Egan L. Mesenchymal stromal cell therapy for Crohn's disease. Digestive diseases. 2014; 32 suppl 1:50-60.
- [8] F.M. Ruemmele, G. Veres, K.L. Kolho, *et al.* Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. J of Crohn's and Colitis. 2014; 8(10):1179-1207.
- [9] Warsi QA, Kunduru M, Karjoo M, *et al.* Genital involvement in pre-pubertal pediatric population: a rare aspect of Crohn's disease. International Journal of Pediatrics. 2016; 4(9):3399-3404.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA TIPO 8: A IMPORTÂNCIA DOS AVANÇOS EM PESQUISA GENÉTICA

PATIENT WITH TYPE 8 LATERAL AMIOTROPHIC SCLEROSIS CASE REPORT: THE IMPORTANCE IN GENETIC RESEARCH IMPROVEMENTS

ISABELA MELO **BARROS**¹, KELLY PAULA **XAVIER**¹, TAYNARA CAROLINE ALVES PEREIRA **DINIZ**¹, YSADORA MAYUME BACELAR **KASHIWABARA**¹, TATILIANA GERALDA BACELAR **KASHIWABARA**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação em Medicina no Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES-UNIVAZO) – Ipatinga, MG; 2. Professora Doutora na disciplina Saúde da Criança e do Adolescente do curso de Medicina do IMES-UNIVAZO.

* Rua Marquês de Caravelas, 253, Cidade Nobre, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162-562. bacelarkashiwabara@bol.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa em que ocorre morte neurônios motores. A patologia manifesta-se, principalmente, com fadiga progressiva dos membros. Apenas 10% dos casos são relacionados a alterações genéticas. Dentre esses se destaca o ELA tipo 8.

RELATO DE CASO: Paciente masculino, aos 50 anos, começou a ter quedas recorrentes, câimbras e perda da força muscular em membro superior e inferior direito. Preocupado diante da história familiar positiva para Esclerose Lateral Amiotrófica tipo 8, ele procurou assistência médica. Foi solicitado teste específico c.166C>T (p.Pro56Ser) no gene VAPB (NM_004738.4), confirmando a suspeita. Hoje, aos 59 anos, além dos sintomas já descritos, apresenta disartria, disfagia, dispneia aos pequenos esforços, alteração do sono, lombalgia, restrição dos movimentos, dor em membros inferiores e artroalgia. Em uso de Amitriptilina. Nega uso de analgésicos. Possui histórico de hepatite C o que restringe o uso de Riluzol. Ao exame físico, está lúcido, com lapsos de memória, abdome globoso, dispneia aos pequenos esforços, dificuldade motora, restrição dos movimentos dos membros bilateralmente, mas principalmente no lado direito, restrição de marcha, disfonia e disartria. A autonomia encontra-se preservada. **DISCUSSÃO:** A ELA é definida como uma doença neurodegenerativa, que acomete os neurônios motores, culminando em déficit acentuado da capacidade motora e progressiva limitação para realizar atividades do cotidiano. A patologia é mais incidente no sexo masculino e na população branca. A idade média em que são realizados os diagnósticos é de 62 anos, com tempo médio de sobrevida entre 2 e 5 anos e a literatura nos mostra que é frequente a depressão nos portadores de ELA. **CONCLUSÃO:** A ELA é uma patologia que

tem início na idade adulta e apresenta alta morbimortalidade. No caso descrito verificamos que a patologia tem afetado de forma gradativa a capacidade motora e funcional desse paciente, assim como exposto na literatura. Identificar os genes envolvidos no processo de adoecimento é fundamental tanto para o diagnóstico quanto para pesquisar possibilidades de tratamentos futuros já que o tratamento atual está restrito ao alívio dos sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Esclerose, genética, neurônio, apoptose, neurodegenerativa.

REFERÊNCIAS

- [1] Junior EL, Linden D, Mathia GB, *et al.* Esclerose lateral amiotrófica: artigo de atualização. Fisioterapia em Ação-Anais eletrônicos. 2016; 47-62.
- [2] Centro de Pesquisa sobre o Genoma Humano e Células-Tronco. Esclerose lateral amiotrófica (ELA). [acesso 14 abr. 2018] Disponível em: <http://www.genoma.ib.usp.br/pt-br/servicos/consultas-e-testes-geneticos/doencas-atendidas/esclerose-lateral-amiotrofica-ela>.
- [3] Schlindwein-zanini R, Queiroz LP, Claudino LS, *et al.* Aspectos neuropsicológicos da esclerose lateral amiotrófica: relato de caso. Arq. Catarin Med. 2015; 44(1):62-70.
- [4] Prado LGR, Bicalho ICS, Vidigal-Lopes M, *et al.* Depressão e ansiedade em uma série de casos de esclerose lateral amiotrófica: frequência e associação com aspectos clínicos. Einstein. 2017; 15(1):58-60.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

O IMPACTO MÉDICO E SOCIAL DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS NOVIDADES QUANTO À ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES AMERICANAS

THE MEDICAL AND SOCIAL IMPACT OF ARTERIAL HYPERTENSION AND ITS NEWS ON UPDATING AMERICAN GUIDELINES

ÁLVARO LOPES DE OLIVEIRA^{1*}, BRENO RICARDO GOMES SILVA¹, FELIPE DE MOURA LIMA¹, ISABELLA CRISTINA ALVES BISPO¹, EDUARDO VIANA LOBATO²

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares (UFJF - GV); 2. Professor Doutor, Disciplina de Cardiologia do Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares (UFJF - GV).

* Rua das Safiras, 84, Marilândia. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36039 - 320. alvaro.medufjf@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma entidade clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Trata-se de uma condição que atua como substrato fisiopatológico para diversas doenças de alta morbimortalidade no mundo moderno, além de ser considerada como fator de risco modificável. Estima-se que a HAS seja responsável por 45% das mortes cardíacas nos Estados Unidos. No Brasil, a doença atinge cerca de 36 milhões de indivíduos adultos, contribuindo com a principal causa de morte no país: as doenças cardiovasculares. Diagnosticar e tratá-la representa um desafio tanto ao cardiologista quanto ao médico clínico, de forma geral. **MATERIAL E MÉTODOS:** foi realizada uma revisão da literatura atual. **DESENVOLVIMENTO:** Conforme a 7ª diretriz brasileira de hipertensão, define-se um paciente como hipertenso diante de uma PA sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg ou PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg em duas ou mais consultas, ou se o paciente já faz uso de medicação anti-hipertensiva. Em novembro de 2017 foram publicadas pela American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC) e outras sociedades médicas americanas a nova diretriz sobre HAS, alterando de forma substancial a classificação, o tratamento e os alvos terapêuticos. Pela nova diretriz, é considerado como pressão normal com PAS < 120 mmHg e a PAD < 80 mmHg. O paciente será classificado se PA maior ou igual a 130x80 mmHg. Com a nova classificação, estima-se que a prevalência da doença nos Estados Unidos passe de 31,9% para 45,6%. Entretanto, a população com indicação de uso de medicação anti-hipertensiva subirá 1,9%, uma vez que o tratamento é preconizado somente naqueles com doença cardiovascular clínica ou com risco estimado igual ou superior a 10%, conforme o escore da ASCVD (atherosclerotic cardiovascular disease risk calculator). Embora esta porcentagem não aumente

significativamente, em números absolutos representa mais de 4 milhões de indivíduos com necessidade de tratamento farmacológico. Quanto ao alvo pressórico, preconiza-se níveis abaixo de 130x80 mmHg independentemente do paciente. **CONCLUSÃO:** Observa-se que as principais modificações sugeridas pela diretriz americana são embasadas no estudo SPRINT. É importante que os médicos tomem conhecimentos sobre as mudanças propostas. Certamente, estas alterações deverão influenciar o diagnóstico e tratamento no Brasil, ainda que não tenha sido contemplado nas diretrizes nacionais.

PALAVRAS-CHAVE: HAS; hipertensão arterial; doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

- [1] Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, *et al.* 2017 ACC/AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ APHA/ASH/ ASPC/ NMA/ NMA/ PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association. Task Force on Clinical Practice Guidelines Hypertension. 2017.
- [2] Muntner P, Carey RM, Gidding S, *et al.* Potential US Population Impact of the 2017 ACC/ AHA High Blood Pressure Guideline. *Circulation*. 2018; 137(2):109-118.
- [3] Wright JT, Williamson JD, Whelton PK, *et al.* A randomized Trial of intensive versus standard blood pressure control SPRINT Research Group, *NEJM*. 2015.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO: PANCITOPENIA INDUZIDA POR MEDICAMENTOS ANTITIREOIDIANOS (TIONAMIDAS)

HYPERTHYROIDISM TREATMENT: ANTITHYROID DRUG-INDUCED PANCYTOPENIA (TIONAMIDAS)]

MARINA LEITE GONÇALVES¹, SAMILLA CRISTINE LIMA OLIVEIRA^{1*}, THAYS DE OLIVEIRA ROCHA¹, ANDRÉ LUIS RIBEIRO MUNIZ²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina do IMES; 2. Endocrinologista no Hospital Santa Casa da Misericórdia – BH.

* Avenida Itália, 2910, apto 204, Cariru, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35160-115. samillalima93@gmail.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: O hipertireoidismo é uma doença endócrina auto-imune comum na população. Entre os tratamentos de escolha encontram-se as tionamidas, como o propiltiouracil (PTU) e o tapazol. Esse tratamento geralmente é de longa duração e apresenta efeitos colaterais, dentre os mais graves, a pancitopenia (0,5%). **RELATO DO CASO:** Paciente, gênero feminino, 68 anos, natural de Brumadinho-MG, portadora de HAS e hipertireoidismo por bócio multinodular tóxico há 15 anos. Em uso prévio de tapazol, que há 2 meses foi substituído por propiltiouracil devido a investigação de plaquetopenia e anemia de origem indeterminada. Iniciou quadro de febre, prostração e hiporexia, procurando atendimento médico vinte dias após. Nega infecções recorrentes, perda ponderal, história de sangramentos, trombose e etilismo. Ao hemograma (realizado após três dias da procura do atendimento): hemoglobina de 7,48 g/dl; leucócitos de 531; plaquetas de 94200, ou seja, pancitopenia. Realizou também Anti HCV, anti HIV, HBsAg com resultados não reatores e mielograma excluindo malignidade. A medicação foi suspensa e, posteriormente, observado melhora hematológica. **CONCLUSÃO:** Dessa forma, a hipótese diagnóstica final foi pancitopenia induzida por tionamidas, principalmente pelo propiltiouracil, sendo então, realizada tireoidectomia como tratamento para o hipertireoidismo. As tionamidas são medicações amplamente utilizadas, principalmente o PTU em virtude de sua disponibilidade no Sistema Único de Saúde. Entretanto, podem apresentar efeitos colaterais, alguns deles graves, como a pancitopenia. No caso desse evento adverso, o tratamento consiste na suspensão da medicação, não tendo benefício trocá-la por outra tionamida. Sendo assim, deve-se optar por outras formas de tratamento do hipertireoidismo como

radioiodoterapia ou tireoidectomia.

PALAVRAS-CHAVE: Pancitopenia, hipertireoidismo, terapêutica.

REFERÊNCIAS

- [1] Maia AL, Scheffel RS, Meyer ELS, *et al.* The Brazilian consensus for the diagnosis and treatment of hyperthyroidism: recommendations by the Thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia 2013; 57(3):205-232.
- [2] Vilar L. Endocrinologia Clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2013.
- [3] Maia AL, Vaisman M. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Hipertireoidismo. Projeto Diretrizes. 2006. [acesso 15 abr 2018] Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/hipertireoidismo.pdf

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

VOLUMOSO TRICOBEOZOAR GÁSTRICO EM ADOLESCENTE DE 11 ANOS

LARGE GASTRIC TRICHOBEZOAR IN AN 11 YEAR OLD TEENAGER

MARIA EDUARDA MACHADO LIMA^{1*}, BÁRBARA CÂNDIDA ALVES PEREIRA DE ARRUDA¹, LÍVIA LAUBE CAJAIBA¹, ESTER VIANA CARVALHO¹, CAMILA CORDEIRO GODINHO²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina no IMES; 2. Médico do Hospital Universitário Ciências Médicas.

* Rua João Patrício de Araújo, 305, apartamento 303, Veneza 1, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. machadomariaeduarda.6@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O termo bezoar diz respeito à ingestão de materiais inorgânicos ou orgânicos não digeríveis que formam uma massa no trato gastrointestinal, principalmente no estômago. Representam causa importante de dor abdominal, e são classificados segundo o material que os formam. Os tricobezoares são os tipos mais comuns de bezoares e são representados pelo acúmulo intraluminal de cabelo ingerido. Ocorre predominantemente na faixa etária pediátrica, sendo que as mulheres jovens representam 90% dos casos e 80% são menores de 30 anos.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 11 anos proveniente de Teófilo Otoni para internação no HUCM para cirurgia pediátrica. Relata queixa de dor abdominal há +/- 3 anos, evoluindo com períodos de melhoras. Paciente procurou atendimento diversas vezes, passava por observação e, rapidamente, era liberada para casa. A dor abdominal era acompanhada de vômitos. Fazia uso de Buscopan nas crises de dor. Nega constipação intestinal, fezes pastosas diariamente, sem sangramento. Criança relata que tinha o hábito de comer cabelo aos 9 anos de idade, porém alega que parou com 10 anos. Em consulta ambulatorial com médico assistente, após realização de USG de abdômen foi observado massa epigástrica a esclarecer. Em continuidade propedêutica, foi solicitado TC de abdômen total, que evidenciou massa intraluminal sugestiva de tricobezoar. Realizou endoscopia digestiva alta que confirmou diagnóstico, tendo sido optado a realização de exérese cirúrgico. **CONCLUSÃO:** A incidência dos tricobezoares é maior em mulheres jovens com menos de 30 anos, mas correspondem a achados raros. A tricofagia é uma condição iniciada na infância, encarada por especialista como um distúrbio de personalidade semelhante ao hábito de roer unhas. Pacientes com leves condutas psiquiátricas patológicas, como tricofagia esporádica, podem ter seus sintomas exacerbados quando submetidos a fortes emoções. No caso da nossa paciente, não se sabe bem o motivo que a deixava emocionalmente abalada. Presenciava brigas verbais dos pais, mas não se queixou de problemas na

família, na escola ou em outro lugar. O tratamento consiste na retirada dos tricobezoares e na prevenção do retorno. Para os tricobezoares grandes, a gastrotomia é o método de eleição, sempre acompanhado de seguimento psiquiátrico.

PALAVRAS-CHAVE: Tricobezoar, tricofagia, dor abdominal.

REFERÊNCIAS

- [1] Bargas-Ochoa M, *et al.* Síndrome de Rapunzel con doble tricobezoar simultáneo en una adolescente: Reporte de caso. *Revista Chilena de Pediatría*. 2018; 89(1):88-92.
- [2] Isbener RK, *et al.* Tricobezoar gástrico gigante: relato de caso e revisão da literatura. *Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem*. 2010; 43(1):63-65.
- [3] Nwankwo E, *et al.* Trichobezoar presenting as a gastric outlet obstruction: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2017; 34:123-125.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

TUMOR FANTASMA

VANISHING TUMOR

ANDRESSA CHAVES **CASSOLI**^{1*}, GIULIA FAUSTINI **COELHO**¹, GIULIANA VICKTÓRIA ALVES **CAVALCANTE**¹, JOSUÉ GOMES DE **VASCONCELLOS NETO**¹, HENRIQUE DE CASTRO **MENDES**²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso medicina da Univaço; 2. Professor Doutor, Disciplina farmacologia clínica do curso medicina da Univaço.

* Rua Novo Hamburgo, 370, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-252. andhcassoli@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A descompensação cardíaca pode levar ao extravasamento de líquido causando derrames pleurais intercostais. Em alguns casos, as coleções de líquido formam imagens tipicamente elípticas, com extremidades que se camuflam com a cissura interlobar. Essas coleções podem simular massas pulmonares na radiografia de tórax, se fazendo pensar erroneamente como hipótese diagnóstica em neoplasias pulmonares. Esses acúmulos de líquido tendem a desaparecer com o tratamento da doença cardíaca de base, e por isso são denominados tumores fantasma. É importante ter em mente a possibilidade desse diagnóstico ao se deparar com lesões nessas localizações e formatos, assim como será exemplificado no relato do caso clínico a seguir.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 95 anos, ex-etilista e tabagista de longa data, natural e residente de Açucena (MG), procurou atendimento médico com história de dispneia ao repouso, cefaleia e cervicalgia irradiada para o tórax e membro superior esquerdo há um mês. No exame físico se apresentava cooperativo, Glasgow 15; edema de membro inferior esquerdo 2+/4+, ritmo cardíaco irregular, pressão arterial: 130x80 mmHg, murmúrio vesicular reduzido em base esquerda com crepitações finas em base direita. Exames laboratoriais sem alterações relevantes. Na radiografia de tórax em incidência pósterio-anterior observa-se aumento de área cardíaca, derrame pleural bilateral com velamento dos seios costofrênicos e opacidade homogênea, arredondada, na topografia da cissura horizontal direita, sugerindo tumor fantasma, também chamado de pseudotumor. Ecocardiograma: Insuficiência mitral e tricúspide graves, disfunção ventricular esquerda sistólica em grau leve e hipertensão pulmonar grau importante. Eletrocardiograma: Ritmo sinusal, extra-sístoles ventriculares, hipertrofia atrial esquerda e inatividade elétrica ântero-septal. Após avaliação da cardiologia e pneumologia, a hipótese diagnóstica foi de insuficiência cardíaca congestiva descompensada, com derrame pleural e tumor fantasma. Foram prescritos diurético de alça, diurético poupador de potássio, inibidor da enzima conversora de angiotensina,

betabloqueador, oxigenoterapia e cabeceira elevada. Após oito dias de tratamento, o paciente evoluiu bem, com melhora da dispneia, do edema e do derrame pleural. Em nova radiografia de tórax constatou-se o desaparecimento da imagem de lesão expansiva na cissura horizontal direita, confirmando o diagnóstico de tumor fantasma. O paciente foi encaminhado para controle ambulatorial. **CONCLUSÃO:** O caso descrito demonstra as repercussões clínicas da insuficiência cardíaca congestiva descompensada, incluindo imagem radiológica do tórax compatível com tumor fantasma. A cuidadosa avaliação clínico-radiológica é imprescindível para o diagnóstico diferencial neste caso, evitando-se a confusão com neoplasias pulmonares ou outras causas de lesão expansiva do tórax. Reconhecer precocemente o pseudotumor se faz necessário, o que pode evitar erros terapêuticos, tratamentos desnecessários e iatrogenia.

PALAVRAS-CHAVE: Pseudotumor, insuficiência cardíaca congestiva, descompensação cardíaca, Tumor Fantasma.

REFERÊNCIAS

- [1] Fraser RS, *et al.* Diagnosis of diseases of the chest. 4. ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1999; 1:579-581
- [2] Melo BSDA, *et al.* Tumor fantasma de pulmão. Rev. Assoc. Med. Bras 2012; 58(5):517-518.
- [3] Romero JB, Pardo, VG. Tumor evanescente o tumor fantasma pulmonar: una manifestación radiológica infrecuente de la insuficiencia cardíaca. Rev. argent. Cardiol 2009; 77(1):46.
- [4] Loculated Interlobar Pleural Effusion Due to Congestive Heart Failure: Report of Five Cases. University Of Minnesota: AMA Arch Intern Med. 1955; 180-187. [acesso 09 maio 2018] Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com>

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

ACOMETIMENTO CRANIANO DA HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS EM PACIENTE DE 19 ANOS: RARO RELATO DE CASO

CRANIAL INJURY DUE LANGERHANS CELLS HISTIOCYTOSIS IN PATIENT WITH 19 YEARS OLD: A RARE EVENT

PEDRO DUARTE MOREIRA **ANDRADE**¹, IARA OLIVEIRA **ALVES**¹, MARIA EDUARDA PEREIRA SOARES **LOPES**¹, BRUNO LUCAS **ANDRADE**², EDUARDO PEREIRA **LOPES**^{3*}

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); 3. Médico urologista do HMU.

* Rua Felipe Albeny, número 70, Bairro dos Professores, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil, CEP: 35170-128. eduardo@pereiralopes.med.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Histiocitose é a proliferação de células clonais que são, fenotipicamente, semelhantes às células de Langerhans. A etiologia e fisiopatologia não são esclarecidas. É suposto que seja resultante de uma desorganização do sistema imune, que passa a reconhecer e a atacar o próprio organismo. **RELATO DE CASO:** Paciente, feminino, 19 anos. Refere náuseas, cefaleia localizada em hemicrânio esquerdo e abaulamento em porção parietal, ipsilateral. Procurou atendimento neurológico, no qual foi solicitado TC de crânio, que evidenciou lesão compatível com Osteomielite ou Histiocitose. Optou-se pelo início do tratamento com antibioticoterapia, já que acreditava-se que o quadro era devido à Osteomielite. Após uma semana, o abaulamento existente desapareceu, dando lugar à uma retração craniana. Imediatamente, a paciente retornou ao Neurologista, o qual concluiu que tratava-se de Histiocitose. Passados sete dias, a paciente foi operada, sendo excisionado o tumor que invadia o osso, músculo e duramáter, com reconstrução craniana, recebendo alta uma semana após ato cirúrgico. O laudo anatomopatológico constatou que a lesão osteolítica tratava-se de Histiocitose de Células de Langerhans. No mesmo período, a paciente observou a presença de um linfonodo cervical aumentado, sendo encaminhada para a PAAF, a qual também diagnosticou Histiocitose de Célula de Langerhans. Foi iniciado tratamento quimioterápico, o qual teve duração de quatro meses. Após receber alta pela Oncologia, a paciente manteve controle anual com o médico. **CONCLUSÃO:** Apesar de possuir 19 anos e ser do sexo feminino, a paciente foi acometida por uma doença com prevalência tipicamente infantil e masculina. Esse fato nos relembra a importância do diagnóstico diferencial, sendo que esse não deverá ser descartado até a realização de todos os exames necessários. Como a Histiocitose de Células de

Langerhans é uma doença imprevisível, a paciente deverá ser submetida a reavaliações periódicas para acompanhamento, inclusive de uma possível recidiva. A HCL pode afetar qualquer órgão do corpo, mas os mais afetados são ossos (80%), pele (33%) e hipófise (25%). Dessa forma, há uma grande variabilidade clínica e curso inesperado: desde doença unifocal com lesões autolimitadas até doença envolvendo vários órgãos, produzindo sequelas permanentes ou com consequências fatais.

PALAVRAS-CHAVE: Histiocitose, Células de Langerhans, HCL.

REFERÊNCIAS

- [1] Girschikofsky M, Arico M, Castillo D, *et al.* Management of adult patients with Langerhans cell histiocytosis: recommendations from an expert panel on behalf of Euro-Histio-Net. *Orphanet J Rare Dis.* 2013; 8:72.
- [2] Kalnins AU, Mansour A, Castillo M. Neuroradiologic imaging findings in histiocytosis syndromes in children and young adults. *Neurographics.* 2012; 2:106-118.
- [3] Yuasa M, Fujiwara S, Oh I, *et al.* Rapidly progressing fatal adult multi-organ Langerhans cell histiocytosis complicated with fatty liver disease. *J Clin Exp Hematop.* 2012; 52:121-126.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO ALÉRGICA DE PACIENTES ATENDIDOS EM CLÍNICA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA NA REGIÃO DO VALE DO AÇO

PROFILE OF ALLERGIC SENSITIZATION OF PATIENTS ATTENDED IN A CLINIC OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY IN THE REGION OF THE VALE DO AÇO

MARIA EDUARDA PEREIRA SOARES **LOPES**¹, GUSTAVO BITENCOURT CAETANO **BARROS**¹, MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, YSADORA MAYUME BACELAR **KASHIWABARA**¹, TATILIANA G. BACELAR **KASHIWABARA**^{2*}, PATSY LUCIANA **VALADARES**³

1. Acadêmico do curso de Medicina do Instituto Metropolitano do Vale do Aço (IMES); 2. Professora do Instituto Metropolitano do Vale do Aço (IMES); 3. Especialista em Alergia e Imunologia pela ASBAI.

*Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. bacelarkashiwabara@bol.com.br

RESUMO

DESCRIÇÃO: O perfil de sensibilização dos pacientes sofre influências locais, das questões relacionadas às condições climáticas e flora local. Devido a isso, foi desenvolvida uma pesquisa correlacionando os alérgenos às patologias mais frequentes na população do Vale do Aço. **OBJETIVO:** Definir o perfil de sensibilização alérgica nos pacientes atendidos em clínica especializada em Alergia e Imunologia, na região do Vale do Aço. Foram abrangidas as cidades de Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo, no período entre Janeiro/2015 a Julho/2016. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo de caráter transversal descritivo realizado entre Jan/15 a Jul/16, após TCLE informado, avaliando prontuários de pacientes submetidos ao teste cutâneo de leitura imediata (Prick Test). Parâmetros avaliados: idade, gênero, antecedentes de atopia, queixa principal e alérgenos positivo ao teste. **RESULTADO:** Foram avaliados 200 prontuários de pacientes com idade entre 4 e 70 anos (± 20 anos). Destes, 52% feminino e 48% masculino. Os alérgenos mais reativos foram os inaláveis, com prevalência para as espécies acarinas: *Dermatophagoides pteronyssinus* (40%), *Dermatophagoides farinae* (32%) e *Blomia tropicalis* (28%). A Rinite Alérgica foi a patologia mais frequente, seguida pela Asma Brônquica. **CONCLUSÃO:** Os achados obtidos neste perfil de reatividade cutânea corroboram a importância da sensibilização a aeroalérgenos na patogênese das doenças alérgicas. O perfil de sensibilização pelos acarídeos na região do Vale do aço é alto, prevalecendo como principal patologia a Rinite Alérgica. Os dados desta pesquisa são significantes para a caracterização do paciente atópico em nosso meio de atuação, possibilitando um tratamento mais efetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Alérgenos; Controle ambiental; Perfil de sensibilização.

REFERÊNCIAS

- [1] Castro TMPP, Marinho DRT, Cavalcante CC. A influência de fatores ambientais na qualidade de vida e na sintomatologia de crianças com rinite alérgica. Braz. j. Otorhinolaryngol. 2013; 79(5):569-574.
- [2] Souza CCT, Filho NAR. Perfil de aeroalérgenos intradomiciliares comuns no Brasil: revisão dos últimos 20 anos. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2014; 35(2):47-51.
- [3] Itikawa A. Reatividade cutânea a alérgenos inalantes em crianças e adolescentes alérgicos de serviço especializado: Valor do índice cutâneo. Rev Port Imunoalergologia. 2014; 22(4):257-266.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

SPONTANEOUS PNEUMOTRAX IN YOUNG PATIENT: CASE REPORT

GABRIELA VALANI **GUIRIATO**^{1*}, LUIZ ALBERTO RIBEIRO **SIMÕES**¹, MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹,
RAQUEL COTTA **LAMAS**¹, THAÍS CHAVES SANTOS **AGUIAR**¹, SILVIA BASTOS **HERINGER-
WALTHER**²

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Universidade Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professora Doutora, Disciplina Medicina de Família e Comunidade do curso de Medicina da Universidade Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua João Patrício Araújo, 300, apartamento 302, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. gabriela.valani@outlook.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O pneumotórax espontâneo primário ocorre sem nenhum fator desencadeante aparente. Tal acometimento é provocado pela ruptura de bolhas subpleurais (blebs). Acometem mais os ápices pulmonares com recorrência de até 50%. Os sintomas mais frequentes são dispneia e dor torácica aguda ipsilateral. A incidência de pneumotórax espontâneo tem sido estimada em 8/100.000 e a razão homem/mulher é de 6:1, a maioria dos pacientes afetados (cerca de 85%) tem menos de 40 anos de idade. Quanto à etiologia, o pneumotórax é por vezes classificado como: espontâneos; por acidente de punção venosa central; pós-toracotomias com ou sem fístula aérea; por barotrauma decorrente de ventilação mecânica; pós-procedimentos diagnósticos trans-torácicos ou transbrônquicos; pós-trauma torácico; por tocotraumatismo. **RELATO DE CASO:** Paciente, 30 anos, médica, realizando atividades diárias, apresentou dor torácica no lado direito e crescente falta de ar. Negava tabagismo e episódios anteriores de dispnéia e de pneumotórax. O exame físico mostrava dispneia, dor torácica tipo pleurítica, com SpO₂ de 95% (em ar ambiente), a ausculta torácica revelou crepitações grosseiras difusas usuais, taquipneia, com diminuição dos sons respiratórios no hemitórax anterior. A sua VEF1 caiu para 0,87 L (27% do predito), e radiografia torácica revelou pneumotórax à direita. Exames laboratoriais: hemograma, função renal e ionograma normais. Proteína C reativa negativa. O pneumotórax direito foi tratado com um dreno torácico intercostal do tipo Seldinger nº 20. A paciente também recebeu tratamento com antibióticos, broncodilatadores e fisioterapia respiratória. O pneumotórax apresentou resolução três dias após a inserção do dreno torácico, verificando-se reexpansão pulmonar total. Radiografia do tórax de controle realizada 30 dias após avaliação

inicial não mostrou recorrência. **DISCUSSÃO:** O pneumotórax espontâneo é, portanto, raro. Há relatos de pneumotórax ocorrendo em pacientes depois da realização de técnicas de desobstrução das vias aéreas ou de ventilação não-invasiva. Entretanto, em nossa paciente, não havia história sugerindo uma causa desencadeadora. Além disso, pneumotórax está associado à morbidade e à mortalidade a curto e longo prazo. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico do pneumotórax é baseado na história e exame físico, e confirmado com a utilização de métodos de imagem. As normas de conduta para sua abordagem dependem das condições clínicas do paciente, da magnitude do pneumotórax e da presença ou ausência de doença pulmonar concomitante. Em uma apresentação aguda, pode resultar em restrição do movimento da parede torácica, retenção de secreções, dificuldade em realizar fisioterapia respiratória adequadamente, exacerbação da infecção, insuficiência respiratória e morte. Podem ser tomadas condutas desde tratamentos mais conservadores, como a observação domiciliar, até a toracotomia com ressecção pulmonar e pleurectomia.

PALAVRAS-CHAVE: Pneumotórax, adulto jovem, diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- [1] Andrade Filho LOA, *et al.* Pneumotórax. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2006; 32.
- [2] Lira RM. A etiologia do pneumotórax espontâneo primário. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2016; 42.
- [3] Mohan K, *et al.* Pneumotórax espontâneo simultâneo bilateral em um paciente adulto com fibrose cística. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2009; 35.
- [4] Noppen M. Spontaneous pneumothorax: epidemiology, pathophysiology and cause. European Respiratory Review; 2010; 19(117).
- [5] Tschopp JM, *et al.* ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. European Respiratory Journal. 2015; 46.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

TÉTANO ACIDENTAL: DESAFIO DIAGNOSTICO NA ATUALIDADE

ACCIDENTAL TETANUS: CURRENT DIAGNOSTIC CHALLENGE

GLEICIELLE BARBOSA SOUSA OLIVEIRA^{1*}, JAMILLE HEMÉTRIO SALLES MARTINS COSTA², LAIS DUARTE CABRAL¹, MONIQUE JARETTA ARDISON¹, ROBERTA DE ANDRADE MACHADO¹

1. Acadêmicas do curso de graduação do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Preceptora de residência médica do Hospital Márcio Cunha

* IMES - Rua João Patrício de Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35.164-250. bgleicielle@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: O tétano é uma doença causada pela toxina do bacilo tetânico (*Clostridium tetani*) que penetra no organismo por meio de ferimentos ou lesões na pele, cuja manifestação principal consiste na tetania muscular. De rápida progressão, ainda hoje há altas taxas de mortalidade, apesar da vacinação e do suporte fornecido.

RELATO DE CASO: Homem, 60 anos, admitido na internação com quadro de constipação intestinal há 7 dias, lombalgia intensa, dor em região inguinal esquerda, febre intermitente. Passado de apendicectomia e colescistectomia. Ao exame inicial, dados vitais estáveis, pouco desidratado, gemente, vígil, dor a palpação abdominal, peristalse presente. Com ausência de resposta a antibióticos e piora clínica, transferido à unidade de terapia intensiva, onde recebeu antibioticoterapia de amplo espectro por sepse de origem indeterminada. Além disso, necessitou de sedação e ventilação invasiva, devido a piora algica, da agitação e da rigidez muscular. Diante de pseudo-obstrução intestinal, realizada tomografia computadorizada evidenciando distensão de alças intestinais grossas com fecalomas esparsos. Exames laboratoriais revelaram hipernatremia, anemia, plaquetopenia, aumento de escórias renais e culturas negativas. Aventada hipótese de espondilodiscite e realizada ressonância magnética para avaliação. A partir da exclusão dessa e de diversas doenças, piora clínica e não resposta ao tratamento habitual, houve suspeição de tétano. Corroborou com esta a ausência de atualização vacinal e lesão em extremidade inferior, que necessitou, inclusive, de debridamento cirúrgico. Após instituído terapia direcionada, através de soro antitetânico e vacina, controle de disautonomia e dos espasmos, houve melhora progressiva do paciente. **DISCUSSÃO:** O caso relatado demonstra a necessidade de prevenção de doenças, como tétano, que possui condição de ser realizada de forma gratuita e de fácil acesso pelo sistema público. A avaliação do paciente como um todo, com coleta da história clínica e exame físico completo direcionaria ao diagnóstico de forma precoce. A história vacinal incompleta, com sintomas de tetania e insuficiência respiratória, febre, mialgia apontam para o diagnóstico, como descritos na literatura. É de extrema importância que doentes com formas clínicas graves recebam cuidados intensivos para manejo precoce de complicações, adequada monitoração e

suporte por equipe multidisciplinar treinada. A antibioticoterapia visa erradicação do *Clostridium tetani* do foco de inoculação, recomendado administração de metronidazol ou de penicilina por exemplo, não necessitando, portanto, antibióticos amplo espectro inicialmente utilizados no caso. O soro antitetânico deve ser administrado o mais breve possível após o diagnóstico, pode ser realizado com imunoglobulina antitetânica humana (IGATH) ou imunoglobulina equina (soro antitetânico - SAT), visando a neutralização da toxina tetanospasmina circulante. É recomendada vacinação concomitante à imunização passiva, feitos neste caso após suspeita da doença. **CONCLUSÃO:** O tétano acidental, apesar de ser passível de imunização, ainda é muito comum em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento com mortalidade extremamente alta. A doença requer imunização adequada, medidas para relaxamento muscular e controle de complicações cardiovasculares, com redução do tempo de permanência em UTI e melhora da qualidade de vida dos pacientes. É imprescindível a conscientização da população sobre a prevenção desta doença tão grave e evitável por meio da vacinação continuada.

PALAVRAS-CHAVE: Tétano, opistótono, *Clostridium tetani*.

REFERÊNCIAS

- [1] Dalal S, et al. Tetanus disease and deaths in men reveal need for vaccination. Bull World Health Organ. 2016; 94:613–621.
- [2] Onson S, et al. Tetanus in adults: results of the multi center ID-IRI study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2017.
- [3] Santos SS, Barreto SM, Ho YL. Lethality and osteomuscular and cardiovascular complications in tetanus. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(4):434-441.
- [4] Lisboa T, et al. Guidelines for the management of accidental tetanus in adult patients. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(4):394-409.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

GLAUCOMA CONGÊNITO PRIMÁRIO EM SANTANA DO PARAÍSO/MG: RELATO DE CASO

PRIMARY CONGENITAL GLAUCOMA IN SANTANA DO PARAÍSO/MG: CASE REPORT

GABRIELA GIDI **MOTA**^{1*}, LARISSA CRUZ **TERRA**¹, MARIA LUIZA BARROS **FREITAS**¹, MARIANA BARROS **FREITAS**¹, THAIZA HOLLANDA MENDES **MENEZES**²

1. Acadêmico do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Médica, graduada pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua Teresópolis, 145, apto 301, Veneza 1, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-259. gabrielagidi@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O glaucoma congênito primário (GCP) acomete 1:10.000 nascidos vivos e é a forma mais comum de glaucoma pediátrico. Ocorre por uma malformação da malha trabecular que dificulta o fluxo do humor aquoso e provoca aumento da pressão intraocular. A tríade clássica de sintomas é epífora, fotofobia e blefarospasmo. Há uma grande mudança no prognóstico visual quando ocorrem o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, ambos cruciais para reduzir a morbidade inerente. O objetivo deste estudo é atentar os médicos ao diagnóstico precoce, uma vez que é o principal fator relacionado ao prognóstico e sucesso terapêutico dessa doença. **MATERIAL E MÉTODOS:** A composição do presente artigo resultou de uma revisão de literatura, que foi realizada a partir dos trabalhos indexados nos periódicos das bases de dados LILACS, SciELO, PubMed e MEDLINE; **DISCUSSÃO:** Paciente do sexo masculino, 11 anos, procedente de Santana do Paraíso/MG. Apresentou diminuição da acuidade visual, epífora, blefaroespasmo e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Ao exame físico foi evidenciado elevação da pressão intraocular, estrabismo, bftalmia e coloração azulada da córnea. Exames aos 4 anos revelaram: Aumento do tamanho da córnea – diâmetro corneano: OD:16mm e OE:17mm (normal para a idade até 12 mm). Biomicroscopia em ambos os olhos: córnea com espessura diminuída, roturas das membranas de Descemet, pupila piriforme, câmara anterior profunda e íris pobre em criptas. Ecobiometria: comprimento axial OD:28,6 mm e OE:29,76 mm (normal para a idade 21,03 mm a 22,09 mm). Paquimetria OD:478 mm e OE:471 mm (adequado para a idade em média 550 µm). Refração: OD:-6,00 e OE:-8,00 (miopia secundária ao aumento do globo ocular). Nega história familiar da doença e consanguinidade. Fez uso de pilocarpina solução oftalmológica e realizou cirurgia aos dois anos para tratamento. Atualmente o paciente apresenta visão subnormal, em acompanhamento oftalmológico periódico. **CONCLUSÃO:** O GCP

ocorre mais no sexo masculino (65%), com acometimento predominantemente bilateral (70%) e de forma esporádica (60-80%). Com base nas manifestações clínicas e estabelecida a suspeita de GCP, deve-se prosseguir com encaminhamento para um exame oftalmológico completo. O tratamento cirúrgico precoce com a goniotomia, a trabeculotomia ou a trabeculectomia é fundamental na tentativa de evitar não somente a perda irreversível da visão, mas também o retardo do desenvolvimento normal da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Glaucoma congênito, Glaucoma pediátrico, Goniotomia.

REFERÊNCIAS

- [1] Correia HAC, Figueiredo A. Abordagem multidisciplinar do glaucoma congênito primário. [Dissertação] Portugal: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. 2014.
- [2] Jorge HB. Glaucoma congênito primário: relato de caso e revisão de literatura. [Monografia] Ceará: Escola de Saúde do Ceará. 2016.
- [3] Kanski J.J. Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistemática. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.
- [4] Mendes MH, Sakata L, Betinjane AJ. Espessura corneana central e suas correlações com outros dados biométricos oculares em pacientes portadores de glaucoma congênito. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. 2011; 74(2):85-87.
- [5] Silva MI. Diagnóstico de Glaucoma Congênito – Revisão Sistemática. [Monografia] Bahia: Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. 2016.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

RELATO DE CASO: CISTO NASOALVEOLAR BILATERAL, COM ÊNFASE NO DIAGNÓSTICO E CORRETO TRATAMENTO CIRÚRGICO

CASE REPORT: BILATERAL NASOALVEOLAR CYST, WITH EMPHASIS IN DIAGNOSIS AND CORRECT SURGICAL TREATMENT

AMANDA DUARTE E DUARTE¹, MARIA TEREZA COSTA LAGE¹, PIERA CHAVES TERRA¹, SÉRGIO LUIZ DE OLIVEIRA JÚNIOR¹, ANA LUIZA COSTA LAGE²

1. Acadêmico(a) do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES; 2 Médica no núcleo de Otorrino-Belo Horizonte - MG

* Rua Maestro José de Doroteia, 270, Santo Antonio, Itabira, Minas Gerais, Brasil, CEP: 35900-648. analuizaorl@outlook.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cisto nasoalveolar foi descrito por Zuckerkandl em 1882, é embrionário, não odontogênico e de origem na região labial superior, localizado próximo à cartilagem alar do nariz. Sua ocorrência é incomum, sendo a apresentação bilateral extremamente rara. A patogênese não é completamente determinada. **RELATO DE CASO:** A.R.D, 44 anos, feminino e branca, com história de obstrução e massa em ambas fossas nasais, de crescimento progressivo há 1 ano. Sem dor local, epistaxe ou rinorreia. À rinoscopia notava-se tumoração cística em ambas as fossas nasais e à oroscopia palpava-se a lesão até a região de sulco gengivolabial superior bilateral. Solicitado tomografia dos seios da face que evidenciou material com densidade de partes moles no assoalho das fossas nasais, de 2cm a esquerda e 1,5cm a direita. Indicado exérese cirúrgica, com incisão intraoral distando 5mm do fundo de saco vestibular superior, compreendendo a bateria labial (canino direito a canino esquerdo) e descolamento mucoperiosteal, expondo a abertura piriforme e espinha nasal anterior. Dissecção das lesões e fechamento por planos utilizando Vicryl. O estudo histológico evidenciou lesão cística com epitélio de revestimento do tipo pseudoestratificado cilíndrico com células caliciformes. Boa evolução no pós-operatório, sem recidivas. **DISCUSSÃO:** O cisto nasoalveolar é pouco frequente na população geral, sendo que é usualmente unilateral (90%), mais comum no sexo feminino, raça negra e entre os 50 anos de idade. Podem apresentar-se assintomáticos, mas a maioria mostra-se com aumento de volume bem localizado, dor local e obstrução nasal parcial ou total. Em 50% dos casos há ocorrência de processo infeccioso podendo ocasionar fístula oronasal. Dessa forma torna-se necessário o diagnóstico e a correta abordagem cirúrgica da lesão. **CONCLUSÃO:** O desconhecimento em relação ao assunto entre alguns profissionais da saúde e acadêmicos, devido a raridade da patologia, motivou à buscar mais informações sobre

o cisto nasoalveolar.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto, nasoalveolar, bilateral.

REFERÊNCIAS

- [1] Enoki AM, *et al.* Cisto nasolabial bilateral como causa de obstrução nasal: relato de caso e revisão de literatura. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia. 2012; 16(1):121-125.
- [2] Monteiro FH, *et al.* Diagnóstico e tratamento do cisto nasolabial: relato de caso clínico. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. 2013; 67(1):45-49.
- [3] Segundo AVL, *et al.* Cisto nasolabial: relato de 2 casos. Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucal-maxilo-facial. 2013; 13(4):57-62.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

TUMOR ESTENOSANTE DE RETO COM EVOLUÇÃO PARA HIDRONEFROSE E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: RELATO DE CASO

STRAIGHT STUNTING TUMOR WITH EVOLUTION FOR HYDROFONOSIS AND DEEP VENOUS THROMBOSIS: CASE REPORT

BRUNO HENRIQUE ANDRADE **BARROS**^{1*}, MARIA JOSINA PEGO **ANTUNES**¹, SOLANGE DE FÁTIMA ANDREOLLI LOPES **BARILLO**³

1. Acadêmicos do curso de graduação de Medicina da Faculdade de Medicina de Petrópolis; 2. Médica da cadeira da disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

*Avenida Barão do Rio Branco, 1003, Centro, Petrópolis- RJ, Brasil, CEP: 25680-120. brunohabarro@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Tumor Estenosante de Reto é a sexta causa de morte mais comum por câncer uma vez que sua etiologia está ligada a fatores ambientais como raça, idade, álcool, tabagismo, dieta e doenças intestinais bem como a fatores genéticos que têm sido descritos em até 25% dos pacientes. **RELATO DE CASO:** Mulher, 69 anos, procurou auxílio médico queixando-se de “inchaço na perna”. Relatou há cerca de um mês início gradual de edema, de consistência mole, em membro inferior esquerdo, que se estendia desde a região perimaleolar até a raiz da coxa, sem horário preferencial e que piorava ao deambular. Foi relatada também diarreia fétida, espumosa e escurecida com frequência média de sete episódios em dois dias e 4 episódios de enterorragia de aproximadamente 50 mililitros cada episódio além de polaciúria e disúria. Houve perda ponderal de 12 quilogramas em 45 dias e astenia. Na sua história pregressa, informou ser portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica há 10 anos. Exame físico: Apresentava-se lúcida, anictérica, eupneica, acianótica e hipocorada (3+/4+). Abdome globoso, doloroso à palpação em hipocôndrio e flanco esquerdos, Traube livre e Hepatimetria de 13 centímetros. No exame de membros apresentou sinal de Homans, Bancroft e Bandeira presentes em membro inferior esquerdo. **DISCUSSÃO:** O câncer retal é uma doença insidiosa, com manifestação clínica tardia, sendo diagnosticada em etapa avançada, sendo a média da idade de diagnóstico em torno dos 63 anos e a prevalência um pouco maior em mulheres. A Retossigmoidoscopia evidenciou tumor estenosante de reto com 13 centímetros. A Tomografia de abdome revelou rim esquerdo de dimensões reduzidas de consistência irregular sugerindo hidronefrose. A Ultra-Sonografia vascular mostrou trombose venosa profunda sendo essa explicada pelo desenvolvimento da Síndrome Paraneoplásica e a Hidronefrose pela compressão do tumor. Os tumores de reto são curáveis quando detectáveis a tempo e a cirurgia é o único

tratamento curativo. O rastreamento é muito importante para a sobrevida desses pacientes. **CONCLUSÃO:** Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, praticamente metade dos pacientes morre devido à progressão da doença. Melhorias na prevenção primária e secundária, como realizar colonoscopia anualmente depois dos 50 anos, novas modalidades terapêuticas e melhores agentes quimioterápicos são necessários para melhorar a sobrevida desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Tumor estenosante; Trombose Venosa Profunda; Colonoscopia.

REFERÊNCIAS

- [1] Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. Sabiston – Tratado de Cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- [2] Cotran RS, Kumar V, Collins T, editores. Robbins – Patologia Estrutural e Funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- [3] Keighley MRB, Williams NS – Cirurgia do ânus, reto e colo. São Paulo, Editora Manole, 1998.
- [4] Crux GMG; Ferreira RMRS; Neves PM. Câncer de Reto: Estudo Demográfico, Diagnóstico e Estadiamento. Rev bras Coloproct, 2004; 24(3):208-224

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

PACIENTE COM MIELITE TRANSVERSA COMO EVOLUÇÃO ATÍPICA DE FEBRE DO CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO EM HOMEM IDOSO

PATIENT WITH TRANSVERSE MYELITIS AS AN ATYPICAL EVOLUTION OF CHIKUNGUNYA FEVER: CASE REPORT ON OLDER MAN

MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, CECÍLIA SILVA DE PAULA **FARIA**¹, MÁRCIA DOS ANJOS **UEDA**¹, ISABELA MELO **BARROS**¹, ELISA BENETTI DE PAIVA **MACIEL**¹, MARIANA VASCONCELOS COSTA **ARAÚJO**²

1. Acadêmico do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Médica Infectologista e Docente do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES);

* Rua João Patrício Araújo,179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. finotti.mariane@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Chikungunya é uma doença presente principalmente em países tropicais, onde as condições ambientais são favoráveis à proliferação do Aedes. Ainda que a dor articular incapacitante seja o relato mais frequente entre os pacientes, óbito e gravidade têm sido relatados com o aumento das notificações. **MATERIAL E MÉTODOS:** Relato de caso de um paciente atendido em um hospital em Ipatinga. Foram usados os prontuários médicos e cópias de exames do paciente, para análise do relato.

RELATO DE CASO: Homem, 65 anos, buscou atendimento com queixa de mal-estar geral, prostração, artralgia, edema de MMII e de articulações, vômitos, inapetência e diminuição do fluxo urinário, há 5 dias, e assim, foi evantada a hipótese de Chikungunya. Ao exame físico, dificuldade para deambulação. Após 20 dias, evoluiu com fraqueza generalizada, parestesias de MMII, abdome e nádegas, retenção urinária e constipação intestinal. Ao novo exame físico, paraparesia flácida, com nível sensitivo em T5-T6; reflexos patelares presentes, discretamente assimétricos; arreflexia aquiliana; resposta plantar indiferente bilateralmente; nuca livre. Eletroencefalografia e exame do líquido cefalorraquidiano sem alterações. Diagnóstico de Mielite transversa associada provavelmente a Chikungunya. Paciente recebe alta e acompanhamento ambulatorial de neurologia e reabilitação psíquica (11%). Já os sintomas mais comuns são: convulsões, cefaleia e distúrbios psíquicos. Foi solicitado uma RM do paciente, com a seguinte impressão diagnóstica: calcificações punctiformes de ambos hemisférios cerebrais-granulomas residuais calcificados, neurocisticercose em fase nodular calcificada. **CONCLUSÃO:** As principais complicações neurológicas da Febre de Chikungunya são: meningo-encefalite, mielorradiculopatia, mielorradiculite, mieloneuropatia,

síndrome de Guillain-Barre (GBS), entre outras. O desenvolvimento de mielite, entretanto, assim como ocorreu no relato de caso, é raro e até hoje, não descrito. A notificação é compulsória e deve ser realizada em todo caso suspeito, mesmo que ainda não confirmado.

PALAVRAS-CHAVE: Febre Chikungunya, Arbovirose, Mielite Transversa.

REFERÊNCIAS

- [1] Donalisio MR, Freitas ARR. Chikungunya no Brasil: um desafio emergente. Rev. bras. epidemiol. 2015; 18(1).
- [2] Pinheiro TJ, *et al.* Manifestações neurológicas das infecções pelos vírus Zika e Chikungunya. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2016; 74(11).
- [3] Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de investigação de óbitos por arbovírus urbanos no Brasil – dengue, chikungunya e zika. Brasília. 2016.
- [4] Puccioni-Sohler M. *et al.* Dengue infection in the nervous system: lessons learned for Zika and Chikungunya. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2017; 75(2).
- [5] Puccioni-Sohler M. Desafios para o século XXI nas doenças infecciosas e degenerativas do sistema nervoso central (ABN): diagnóstico das arboviroses através do exame do líquido cefalorraquidiano. Anais da 69ª Reunião Anual da SBPC, Belo Horizonte, jun 2017.
- [6] Maciel FR, *et al.* Mielite transversa associada a abscesso cerebral: relato de caso. Revista saúde e ciência. 2014; 3(1):81-91.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

O PERFIL DO PACIENTE ATENDIDO NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES)

THE PATIENT'S PROFILE ATTENDED IN THE PEDIATRICS AMBULATORY OF THE INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES)

MARIANE BARBOSA **FINOTTI**^{1*}, AMANDA NIGRO **BRAGA**¹, YSADORA MAYUMI BACELAR **KASHIWABARA**¹, RENATA ALEXANDRA **MACHADO**², ÍRIS **RODRIGUES**³, TATILIANA GERALDA BACELAR **KASHIWABARA**⁴

1. Acadêmico do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Enfermeira responsável pelo Ambulatório do IMES; 3. Médica pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 4. Médica- Docente do IMES.

* Rua João Patrício Araújo,179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. finotti.mariane@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A pediatria é a especialidade que atende pacientes do período neonatal até o fim da adolescência, o que caracteriza seus pacientes como uma população heterogênea, em fases diferentes da vida. O Ambulatório do IMES oferece aos acadêmicos de Medicina um campo para a prática de pediatria.

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de abordagem quantitativa. A população do estudo foi constituída dos prontuários de todos os pacientes pediátricos que submeteram a algum tipo de atendimento médico no ambulatório do IMES de fevereiro de 2016 a dezembro de 2017.

OBJETIVOS: Analisar de forma descritiva o perfil dos atendimentos realizados no Ambulatório de Pediatria do IMES por faixa etária e município de origem e assim deduzir a importância do atendimento prestado por este serviço para a população local. Deseja-se ainda quantificar estes atendimentos por mês e ano de atendimento.

RESULTADOS: Foram realizadas 1.602 consultas pediátricas em 2016 e 1.291 em 2017, totalizando 2.893 atendimentos na pediatria, 18,5% do total de consultas realizadas no ambulatório durante este período. Os meses que mais tiveram atendimento foram maio de 2016 (239) e março de 2017 (223). O ambulatório recebeu crianças de 18 municípios, contudo a maior parte dos pacientes era proveniente de Coronel Fabriciano (96%). A faixa etária mais atendida foi de 0 a 11 meses, totalizando 810 consultas (27,9%). **CONCLUSÃO:** O paciente atendido no Ambulatório de pediatria do IMES é, em sua maioria, uma criança de 0 a 11 meses proveniente do município de Coronel Fabriciano. As consultas pediátricas representam um percentual significativo ao considerar-se o total de atendimentos realizados em todos ambulatórios e atendem um grande número de municípios locais. O ambulatório do IMES funciona em Ipatinga desde outubro de 2017, logo espera-se uma

mudança no perfil do atendimento quanto ao município de origem nas estatísticas de 2018.

PALAVRAS-CHAVE: Pediatria, atendimento ambulatorial, faculdade de medicina

REFERÊNCIAS

- [1] Gusson ACT, Lopes JC. Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo. Rev. paul. pediatr., São Paulo. 2010; 28(1):115-120. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000100018&lng=en&nrm=iso. access on 10 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000100018>.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

MAIOR PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ALÉRGICAS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE SERVIÇO PÚBLICO EM UMA CIDADE DO LESTE DE MINAS GERAIS

THE GREATER PREVALENCE OF ALLERGIC DISEASES IN A SPECIALIZED PUBLIC SERVICE AMBULATORY IN AN EAST CITY OF MINAS GERAIS

MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, GUSTAVO BITENCOURT CAETANO **BARROS**¹, YSADORA MAYUMI BACELAR **KASHIWABARA**¹, VINÍCIUS DEL GAUDIO **ALBERGARIA**¹, PATSY LUCIANA **VALADARES**², TATILIANA GERALDA BACELAR **KASHIWABARA**³

1. Acadêmico do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Enfermeira responsável pelo Ambulatório do IMES; 3. Médica pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 4. Médica- Docente do IMES.

* Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. finotti.mariane@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O processo alérgico é desencadeado por antígenos, substâncias identificadas pelo sistema imunológico como estranhas ao organismo. Um dos mecanismos relacionados ao processo alérgico ocorre pela produção de imunoglobulina E, que vão reagir contra os antígenos nos mastócitos, provocando uma reação imediata e explosiva. **MATERIAL E MÉTODOS:** Análise de fichas de pacientes atendidos no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017 com 200 pacientes de ambos os sexos e idade de 19 a 45 anos. **OBJETIVOS:** Pesquisar a maior prevalência de doenças alérgicas em ambulatório especializado em serviço público do leste de Minas Gerais em relação às doenças respiratórias e cutâneas. **RESULTADOS:** Dos 200 pacientes investigados no estado, 110 pacientes (55%) apresentaram doenças alérgicas respiratórias, sendo 30% Rinite Alérgica, e 25% Asma Brônquica. Os 35% dos pacientes apresentaram doenças dermatológicas, a urticária foi a principal. Além disto, 10% manifestaram doenças respiratórias (rinite e asma) e dermatológica (urticária). **CONCLUSÃO:** As doenças alérgicas mais frequentes foram relacionadas ao aparelho respiratório, com destaque à Rinite Alérgica (com mais da metade dos casos 55%) que causa significativa redução na qualidade de vida do paciente. Em segundo lugar, ocorre a asma brônquica fazendo necessário o tratamento profilático e terapêutico para estes pacientes acometidos. Como principal manifestação dermatológica, foi identificada a urticária, não esquecendo que todas estas doenças alérgicas merecem uma atenção especial para que não aumentem a sua incidência.

PALAVRAS-CHAVE: Alergia, rinite alérgica, atendimento ambulatorial

REFERÊNCIAS

- [1] Alves LDS, Calamita Z. Sintomas de alergia em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria.: Symptoms of allergy in elderly attended by a geriatric outpatient clinic. *Scientia Medica*. 2014; 3:32-42. ISSN: 18065562.
- [2] Male D, et al. *IMUNOLOGIA*. 8ª edição. São Paulo. Editora Elsevier. 2014; 478 p.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE VOLVO GÁSTRICO MESENTÉRICO AXIAL SECUNDÁRIO Á HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA: RELATO DE CASO

SURGICAL PROCEDURE OF SECONDARY AXIAL MESENTERIC GASTRIC VOLVO TO HERNIA DIAPHRAGMATIC: CASE REPORT

LETÍCIA TAFF CARVALHO **SILVA**¹, MARIA TEREZA COSTA **LAGE**¹, RENATA COSTA SENRA **OLIVEIRA**¹, VIRGÍNIA DE ALMEIDA REIS **CAMPOS**¹, ANA LUIZA COSTA **LAGE**^{2*}

1. Acadêmica do curso de graduação de Medicina da Faculdade de Medicina do Vale no Aço; 2. Médica do Núcleo de Otorrino de Belo Horizonte

* Rua Maestro José de Doroteia, 270, Santo Antônio, Itabira, Minas Gerais, Brasil, CEP: 35900-648. analuizaorl@outlook.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O volvo gástrico é uma condição patológica pouco comum em que há uma rotação superior a 180° do estômago superior, condicionando uma oclusão intestinal alta. Manifesta-se de forma aguda e crônica. Ainda assim o quadro sintomatológico da doença é inespecífico favorecendo um diagnóstico tardio. **RELATO DE CASO:** Paciente de 55 anos, sexo masculino, encaminhado ao hospital com quadro de vômitos crônicos contínuos com piora após alimentação. Emagrecimento de 3kg no último mês. Nega febre ou outros sintomas. Hábitos fisiológicos preservados. HPP: Hipertenso, em uso de Losartana 50mg de 12 em 12 horas e Fluoxetina. HS: Abandonou hábitos etilistas há 10 anos. Tabagista (um maço por dia). EF: REG, emagrecido, hipocorado 1+/4+, FC: 63 bpm; PA: 117x65 mmHg; FR: 22 irpm; SpO2: 96%; abdome escavado, indolor, sem sinais de irritação peritoneal; TC TÓRAX: falha em diafragma esquerdo com estômago em situação intra-torácica, condicionando sinais de volvo do corpo sobre a cárdia do tipo mesentérico axial. Há sinais de estase gástrica associada. Achados condizentes com hérnia diafragmática. US ABDOME: Estase hepática moderada; aumento de dimensões pancreáticas; ascite moderada. CD: hernioplastia diafragmática sem colocação de tela dupla face + funduplicatura a lind (270°) + fixação do estômago Risco cirúrgico: ASAIL.

CONCLUSÃO: O volvo gástrico é uma patologia rara, muitas vezes não reconhecida, pode ser uma emergência cirúrgica. A propedêutica complementar a fim de diagnóstico pode apresentar-se normal nas fases assintomáticas da doença. Suspeita-se de um VG agudo em doentes com dor epigástrica intensa, vômitos e dificuldade na introdução da sonda nasogástrica. A cirurgia de emergência nos casos de manifestações agudas é fundamental e postergar aumenta a mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Volvo gástrico, hérnia diafragmática, funduplicatura.

REFERÊNCIAS

- [1] Sevcik WE, Steiner IP. Acute gastric volvulus: case report and review of the literature. CJEM-JCMU. 1999; 1:200-203.
- [2] Michael J, Zinner, Seymour I, Schwartz, Harold Ellis. Operaciones Abdominales. Maingot. McGraw-Hill. 2007; 853-859.
- [3] Al-Salem AH. Acute and chronic gastric volvulus in infants and children: who should be treated surgically? Pediatr Surg Int. 2007; 23:1095-1099.
- [4] Woon CY, Chung AY, Low AS, et al. Delayed diagnosis of intermittent mesenteroaxial volvulus of the stomach by computed tomography: a case report. J Med Case Reports. 2008; 2:343.
- [5] Morelli U, Bravetti M, Ronca P, et al. Laparoscopic anterior gastropexy for chronic recurrent gastric volvulus: a case report. J Med Case Reports. 2008; 2:244.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

O IMPACTO DO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ADOLESCENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA

THE IMPACT OF MULTIDISCIPLINARY CARE FOR PROFESSIONALS OF HEALTH IN ADOLESCENTS WITH SUICIDE BEHAVIOR

JESSICA MONIQUE ZEFERINO **SILVEIRA**¹, PIERA CHAVES **TERRA**¹, SABRINA MARTINS **PEGÔ**¹, THIAGO VITOR DE MELO **FERREIRA**¹, MAURO CARVALHO **REZENDE**², SÍLVIA BASTOS **HERINGER-WALTHER**^{3*}

1. Acadêmico(a) do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES; 2. Professor da faculdade Única Educacional; 3. Doutora pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/ IMES.

* Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35 164-251. heriwalt@aol.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Segundo o Ministério da saúde, em 12 anos houve um aumento de 10% na taxa de suicídios entre jovens de 15 a 29 anos, se considerando um problema de saúde pública. O comportamento prediz o ato, tornando-se necessário a detecção de sintomas, o que é feito por um bom acompanhamento multidisciplinar. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 15 anos, usuário de Cannabis, mantém distanciamento familiar e comportamento de risco. Histórico de tentativa de suicídio com perfurocortantes há 2 anos. Foi encaminhado ao CAPS, onde foram aplicados os testes de Escala de Inteligência de Wechsler Abreviada (WASI), Escala de Depressão de Beck II (BDI II) e Inventário Fatorial Personalidade (IFP), com os seguintes resultados: inteligência dentro da média com ligeira facilidade para articulação de ideias, compreensão de símbolos e ou raciocínio matricial classificados, como médio superior; depressão moderada com destaque para o pessimismo, tristeza e desânimo acentuados; baixo senso de agregação, afiliação e contrarreação, respectivamente. Realizou-se acompanhamento multidisciplinar, com psicólogos e terapias alternativas, além da mobilização familiar de forma ativa. Com o tratamento, os estudos e a relação familiar melhoraram consideravelmente. No momento, exibe ausência de ideias de autoextermínio e uso de Cannabis. **DISCUSSÃO:** No atendimento ao paciente adolescente é importante um entendimento holístico por parte dos operadores da saúde pública para se oferecer acolhimento e tratamento adequado tanto ao cliente quanto aos seus cuidadores. Detectar precocemente comportamentos de risco e encaminhar corretamente ao centro de referência é essencial. **CONCLUSÃO:** A avaliação do quadro clínico do paciente deve envolver a observância de aspectos físicos, cognitivos, emocionais e familiares, para se elencar estratégias terapêuticas que impactem todas as

áreas e que sejam capazes de promover a harmonização do quadro clínico e melhoria nas interações familiares e sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio, depressão, Cannabis.

REFERÊNCIAS

- [1] Castro, ML, Cunha SS, & Souza DPO. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. Rev Saude Publica. 2011; 45(6):1054-1061.
- [2] Wagner F, Trentini CM. Estratégias de avaliação rápida da inteligência através das Escalas Wechsler. Neuropsicol Lat Am. 2010; 2(1).
- [3] Argimon IIL, Terroso LB, Barbosa AS, et al. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). Bol Acad Paul Psicol. 2013; 33(85):354-372.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

CARCINOMA EPIDERMÓIDE BASALÓIDE EM HOMEM DE 48 ANOS EX-TABAGISTA NÃO ETILISTA PELO PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)

BASALOID EPIDERMAL CARCINOMA IN MAN OF 48 YEARS EX-NON-ETHNIC TOBACCO BY THE PAPILOMA HUMAN VIRUS

ANA LUIZA SOARES **TOLEDO**^{1*}, FERNANDO HOOPER **NETO**¹, FABRÍCIO PRATES ARAÚJO DOS **SANTOS**¹, FERNANDA SOUZA DE **FARIA**¹, RAFAEL GOMES **LOBÃO**², JÉSSICA KAYENE SOUZA **FERREIRA**³, ALINE TEIXEIRA HENRIQUES DA **MATA**⁴, ISABELA MELO **DUTRA**⁵

1. Acadêmico do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora; 3. Médica da Unidade Básica de Saúde de Ipaba 4. Médica pelo Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC). 5. Médica do Centro Universitário de Caratinga.

* Rua: João Patrício Araújo. Número 179, Veneza I, Ipatinga, MG, Brasil. CEP: 35164-251. ana_luiza200@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Desde 2005, com a nova classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o carcinoma epidermóide basalóide (CEB), foi definido como uma variante rara e agressiva do carcinoma de células escamosas (CCE). Geralmente acomete homens entre 60-80 anos de idade e encontrasse localizado no trato aéreo-digestivo superior. Na região da cabeça e pescoço, os locais que o CEB predomina são epiglote, seio piriforme e base da língua, contudo, tonsilas, traqueia, nasofaringe e cavidade oral são outras regiões nas quais também podem ser acometidas. Uma característica do CEB é que ao diagnóstico metástases regional e à distância não são raras mostrando que tal apresenta um comportamento agressivo e prognóstico sombrio. Nota-se que o tabagismo e o etilismo são os principais fatores de risco para se desenvolver CEB. O papiloma vírus humano (HPV), é um vírus transmitido através de relação sexual desprotegida, que se instala na pele e mucosas e é considerada a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum. O câncer de colo uterino é em números o mais frequente dentre os causados pelo HPV, porém ele também pode desencadear cânceres de ânus, pênis, língua, boca e garganta., por exemplo. Os tipos de HPV 16 e 18 são os que mais se correlacionam como os causadores dos casos de câncer. **RELATO DE CASO:** Homem, 48 anos, assintomático, ex tabagista há 20 anos (fumou durante 5 anos) e não etilista, percebeu a palpação presença de nódulo abaixo da parótida, no lado direito. Negava disfagia e odinofagia. Procurou clínico, e foi encaminhado para um especialista em cabeça e pescoço, que solicitou um US e detectou linfonodomegalia de 3cm. Considerou-se Toxoplasmose, já que o paciente residiu muitos anos

em região endêmica, porém o IGG e a IGM foram negativos. Biópsia aspirativa: negativa. Biópsia incisional: compatível com células metastáticas de carcinoma epidermóide. Durante a palpação da amígdala percebeu-se uma rigidez do lado direito da glândula. Realizou-se outra biópsia que confirmou o tumor epidermóide basalóide na amígdala, e por imunohistoquímica confirmou-se que o agente promotor era uma infecção pelo HPV. Cirurgia de esvaziamento cervical radical. Foram retiradas 175g de tecido, incluindo o tumor e a margem de segurança. Emagrecido 17kg. Prosseguiu tratamento com 30 sessões de radioterapia. Disgeusia total em remissão.

CONCLUSÃO: Até 2030 o número de casos de câncer de orofaringe devido ao HPV deve superar os casos ligados ao tabaco e álcool nos EUA. Há 20 anos em cânceres de amígdala a incidência do HPV era 25%, e este ano a taxa chega a 80%. A infecção pelo HPV não ocorre somente pelo sexo oral, existem outros meios de transmissão do vírus como o beijo com troca de saliva. Sexo masculino, idade acima de 55 anos e multiplicidade de parceiros são também fatores de risco.

PALAVRAS-CHAVE: HPV, Carcinoma Epidermóide basalóide, DST.

REFERÊNCIAS

- [1] Moreno SLQ, Pérez MM. Carcinoma epidermoide basaloide de amígdala en adulto medio. Rev Esp Patol. 2016; 49(1).
- [2] Bakkal FK, et al. The basaloide variant of squamous cell carcinoma of the larynx. Braz J Otorhinolaryngol. 2014; 80(3):245-250.
- [3] Campaner A, Moreira ED, Villa LL. Guia do HPV. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças do Papilomavírus Humano. 2013.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

UM CASO DE SÍNDROME DE HUGHES: A RELAÇÃO ENTRE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

A CASE OF HUGHES SYNDROME: THE RELATIONSHIP BETWEEN VENOUS DEEP AND LUPUS

ANA LUIZA SOARES **TOLEDO**^{1*}, FERNANDO HOOPER **NETO**¹, FABRÍCIO PRATES ARAÚJO DOS **SANTOS**¹, FERNANDA SOUZA DE **FARIA**¹, RAFAEL GOMES **LOBÃO**², JÉSSICA KAYENE SOUZA **FERREIRA**³, ALINE TEIXEIRA HENRIQUES DA **MATA**⁴, ISABELA MELO **DUTRA**⁵

1. Acadêmico do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora; 3. Médica da Unidade Básica de Saúde de Ipatinga 4. Médica pelo Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC). 5. Médica do Centro Universitário de Caratinga.

* Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. ana_luiza200@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF) manifesta-se pelo quadro clínico e laboratorial de trombose arterial e/ou venosa recorrentes, abortamentos de repetição e trombocitopenia, além de anemia hemolítica auto-imune (AHAI), alterações cardíacas - ICC, neurológicas - AIT, AVC, migrânea e cutâneas - livedo reticular, úlceras. A prevalência da SAF é desconhecida na população geral, porém 35% dos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico possuem SAF. Vale ressaltar que, nas últimas décadas, a incidência está aumentando, especialmente em razão do maior conhecimento médico. **RELATO DE CASO:** Mulher, 23 anos, procurou atendimento com queixa de inchaço, sensação de peso da perna esquerda, tendo iniciado após dois dias da realização de exercício físico. Prescreveu-se Ibuprofeno 600mg. Após 7 dias a paciente procurou novamente o posto, onde relatou piora dos sintomas (hipótese diagnóstica foi TVP) e por isso, foi encaminhada para internação. Confirmado TVP (ecodoppler + dímero D positivo), Heparina por 12 dias. Uso contínuo de Marevan, e medida semanal do RNI. Dois meses depois, procurou a UPA diversas vezes com queixa de tontura, fraqueza, dispneia e pápulas eritematosas em face e tronco (hipótese diagnóstica LES). Internação de 48 dias no Hospital Márcio Cunha. Alguns dias de CTI, derrame pleural. Foi detectado FAN, anti-DNA positivos, C3 e C4 consumidos, anti-RO/ LA altos títulos, anticorpo anti-cardiolipina positivo, anemia hemolítica, atividade do SNC com crise convulsiva reentrante, linfopenia, panserosite, lesões cutâneas, nefrite com proteinúria de 516 mg/24h. Registrou episódio de Herpes Zoster alguns dias após a internação. Em julho deste ano apresentou quadro de mal-estar e hematêmese por 10 dias e apresentou com Parada Cardiorrespiratória. Foi socorrida pelo serviço de urgência e levada a unidade

de terapia intensiva. Evoluiu com encefalopatia hipoxicoisquêmica grave, assistolia, morte encefálica e óbito. **CONCLUSÃO:** Cerca de 30% dos casos de trombose no Lúpus podem estar associados à Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF), uma doença autoimune, que tem por definição a produção de anticorpos que interferem na coagulação sanguínea, levando a formação de coágulos que podem ocluir de pequenos vasos até grandes artérias. É uma doença crônica, também conhecida como Síndrome de Hughes.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome do Anticorpo fosfolípide, Lúpus, Trombose Venosa Profunda.

REFERÊNCIAS

- [1] Cabral A de M, *et al.* Associação entre doenças imunológicas e suas manifestações clínicas semelhantes. São Paulo. 2012; 98(2).
- [2] Carvaho JF de, Andrade DCO de, Levy RA. Anticoagulantes orais diretos na síndrome antifosfolípide. Rev. bras. reumatol., Rio de Janeiro, Setembro. 2016.
- [3] Turini RBF, Chechia TE, Fernandes TA, Bom APKP, Bandeira M. Síndrome antifosfolípide e trombocitopenia na infância. Rev. paul. pediatr., São Paulo. 2012; 30(3).
- [4] Sociedade Brasileira de Nefrologia. Síndrome do Antifosfolípide. 2005.

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

A NEUROCISTICERCOSE TRATADA COM ESQUIZOFRENIA: IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NOS QUADROS NEUROLÓGICOS

NEUROCYSTICERCOSIS TREATED WITH SCHIZOPHRENIA: IMPORTANCE IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN THE NEUROLOGICAL TABLES

FERNANDO BRASIL DE SOUZA **HORTA**¹, LAYLA KETLHYN DE OLIVEIRA **SANTOS**¹, MARIANE BARBOSA **FINOTTI**¹, TIAGO VALÉRIO **RIBEIRO**^{1*}, MAURO CARVALHO **RESENDE**², SILVIA BASTOS **HERINGER-WALTHER**³

1. Acadêmico do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Professor Doutor, Disciplina Medicina de Família e Comunidade do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 3. Professor Doutor da Faculdade Única.

* Rua João Patrício Araújo, Número 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. tiagovribeiro@gmail.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Neurocisticercose é uma infecção parasitária no sistema nervoso central, sendo considerada uma das principais causas de crises epiléticas secundárias no Brasil. Causada pela forma metacestódea de *Taenia solium*, através da ingestão de carne de porco em condições sanitárias inadequadas, dessa forma, é uma doença diretamente relacionada às condições sócio-sanitárias da população. São estimadas 50.000 mortes por ano, além das sequelas neurológicas. O diagnóstico é clínico, laboratorial e radiológico, e os sintomas são variáveis: cefaleia, convulsões e até mesmo distúrbios psiquiátricos. **MATERIAL E MÉTODOS:** Relato de caso de um paciente atendido no setor de um hospital público em Ipatinga. Foram usados os prontuários médicos e cópias de exames do paciente, para análise do relato. **RELATO DE CASO:** Paciente, de 57 anos de idade, foi diagnosticado com transtorno psiquiátrico por cerca de 7 anos, apresentando sintomas psicóticos, alucinações auditivas, exclusão social e agressividade, considerado então portador de Esquizofrenia. Durante esses anos foi acompanhado por diversos especialistas, sendo medicado com Haldol Decanoato e Clonazepam. Após esse período o paciente iniciou quadro de cefaleias intensas e recorrentes, sendo submetido à Tomografia Computadorizada, que revelou a presença de múltiplas calcificações intracranianas, sugerindo assim sequelas de neurocisticercose. No caso desse paciente, a terapia adequada para o diagnóstico em questão não foi estabelecida, devido a impossibilidade de reverter as múltiplas calcificações. Além disso, o paciente evoluiu com lesões neoplásicas no intestino, sendo essa então a prioridade terapêutica. **DISCUSSÃO:** Na América latina 0,5 – 1,5 milhões de pessoas sofrem epilepsia secundária a cisticercose. Daí a relevância em atentar para este parasita, pois a região do Vale do Aço é endêmica. As manifestações clínicas mais frequentes

são: crises epiléticas (62%), síndrome de hipertensão craniana (38%), meningite cisticercótica (35%) e distúrbios psíquicos (11%). Já os sintomas mais comuns são: convulsões, cefaleia e distúrbios psíquicos. Foi solicitado uma RM do paciente, com a seguinte impressão diagnóstica: calcificações punctiformes de ambos hemisférios cerebrais-granulomas residuais calcificados, neurocisticercose em fase nodular calcificada, conforme imagem. A terapia anti-helmíntica acelera a melhora radiológica. Assim é recomendado Albendazol (10-15mg/kg/dia VO, por 08 dias) ou praziquantel (50mg/kg/dia, VO por 15 a 30 dias). Lembrando que quando o diagnóstico for tardio, ou houver lesões calcificadas inativas, não haverá benefício desta terapia, por isso o paciente em questão não submeteu a tratamento medicamentoso. **CONCLUSÃO:** Assim podemos concluir que quando o diagnóstico for tardio, ou houver lesões calcificadas inativas, não haverá benefício desta terapia, por isso o paciente em questão não submeteu a tratamento medicamentoso.

PALAVRAS-CHAVE: Neurocisticercose; esquizofrenia, tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Papadakis AM, *et al.* Current Medicina: Diagnóstico e Tratamento. 53. ed. Porto Alegre: Artmed. 2015: 1720p.
- [2] Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed. 2012: 2180p.
- [3] Teles CFF, Caseiro MM, Gagliani LH. Estudo de caso: Diagnóstico Diferencial da Neurocisticercose por imagem em hospital público no município de Santos. Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa, Santos – SP. 2016; 13(33).

RESUMO - APRESENTAÇÃO PAINEL

SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE IPATINGA: ANÁLISE DE DADOS REGISTRADOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

CONGENITAL SYPHILIS IN IPATINGA CITY: DATA ANALYSIS RECORDED IN THE HEALTH INFORMATION SYSTEM

GUILHERME SIMEÃO CASATI¹, MARIANE B FINOTTI¹, NATÁLIA SIMÕES TEIXEIRA¹, TASSIANA FUSINATO¹, LETÍCIA GODINHO DA FONSECA CARVALHO^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação de Medicina do IMES; 2. Médica do Posto de Saúde de Joanésia.

* Rua João Patrício de Araújo, 300, apartamento 304, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. le_godinhof@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sífilis congênita, doença infectocontagiosa, causada pelo *Treponema pallidum*, apresenta altas taxas de prevalência no Brasil apesar de seu diagnóstico ser simples. Apresenta também taxas de transmissão vertical que chegam até a 100% dependendo da doença materna e da fase gestacional. A incidência da sífilis congênita é um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil. Sua prevenção é realizada apenas no pré-natal, o que ressalta sua importância e a relação direta entre a frequência da enfermidade e a qualidade dos serviços de atenção básica e saúde da mulher. A transmissão da mãe para o feto pode ser evitada com diagnóstico e tratamento maternos apropriados durante a gravidez;

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, no qual foram utilizados os dados encontrados no Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Através deste banco de dados foram formulados gráficos e tabelas. São inclusos os casos notificados de sífilis congênita no período de 2005 a 2016 em Ipatinga – Minas Gerais.

RESULTADOS: Entre os anos de 2007 e 2016, houve um total de 89 casos diagnosticados de sífilis congênita. Destes, 55 casos foram descobertos no pré-natal, 27 no momento do parto/curetagem, 6 após o parto e, em 1 caso, a informação foi ignorada. Dos diagnósticos feitos no pré-natal, em 2007 houve 3 casos; 2012, 1 caso; 2013, 4 casos; 2014, 8 casos; 2015, ano em que houve o pico de incidência, 22 casos; 2016, 17 casos. Não houve registro de casos nos anos entre 2008 e 2011. Dos 27 diagnósticos feitos no momento do parto/curetagem, em 2011 houve 1 caso; 2012, pico de incidência, 7 casos; 2013, 5 casos; 2014, 4 casos; 2015, 5 casos; 2016, 5 casos. Não houve registro de casos entre os anos de 2007 e 2010. Já nos 6 casos diagnosticados após o parto, em 2009 foi 1 caso; 2011, 1 caso; 2014, 1 caso; 2015, pico de incidência, 3 casos. Não houve registro de casos nos anos de 2007, 2008, 2010, 2012, 2013 e 2016. Em 2015, houve ainda

1 caso em que essa informação foi ignorada. O número de casos de sífilis congênita e sua respectiva taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) entre os anos de 2007 e 2016, em crianças menores de 1 ano, é: 3 em 2007 (0,9); 1 em 2009 (0,3); 2 em 2011 (0,6); 8 em 2012 (2,3); 9 em 2013 (2,7); 13 em 2014 (3,8); 31 em 2015, sendo este ano o que apresentou o maior número de casos, (9,2); 22 em 2016 (6,5). **CONCLUSÃO:** A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode ser transmitida verticalmente e pode levar à letalidade se não tratada. Por isso, há a necessidade de diagnosticar precocemente o conceito. No município de Ipatinga, o pico de incidência da doença ocorreu no ano de 2015. A maior parte dos diagnósticos, 55 dos 89 casos, foi feita no pré-natal, o que é de grande importância para melhorar o prognóstico e a sobrevivência da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita, prevalência, transmissão.

REFERÊNCIAS

- [1] SONDA *et al.* Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. Rev Epidemiol Control Infect. 2013; 1(28):3.
- [2] Kwak J, Lamprecht CA Review of the Guidelines for the Evaluation and Treatment of Congenital Syphilis. Pediatric Annals, [s.l.]. 2015; 4(5):108-114. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25996197>>. Acesso em: 12 abr. 2018.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

RESUMO - APRESENTAÇÃO ORAL

O PAPEL DO AMBULATÓRIO DE MEDICINA DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES) E SEU IMPACTO NA SAÚDE LOCAL

THE ROLE OF THE MEDICINE AMBULATORY OF THE METROPOLITAN INSTITUTE OF HIGHER EDUCATION (IMES) AND ITS IMPACT ON LOCAL HEALTH

MARIANE BARBOSA **FINOTTI**^{1*}, MARIA DE LOURDES FARIA TORRES **CÂNDIDO**¹, YSADORA MAYUMI BACELAR **KASHIWABARA**¹, LUCAS D'ALMEIDA **FRANCO**¹, RENATA ALEXANDRA **MACHADO**², JÉSSICA MARIANA MARCÍLIO **BARROS**³, TATILIANA GERALDA BACELAR **KASHIWABARA**⁴

1. Acadêmico do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 2. Enfermeira responsável pelo Ambulatório do IMES; 3. Médica pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES); 4. Médica- Docente do IMES.

* Rua João Patrício Araújo,179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. finotti.mariane@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Ambulatório do IMES tem o propósito de oferecer aos acadêmicos do curso de Medicina um campo para a prática de diversas especialidades. O serviço presta atendimento à comunidade local, por demanda espontânea oferecendo procedimentos médicos gratuitos de pequena complexidade. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de abordagem quantitativa. A população do estudo foi constituída dos prontuários de todos os pacientes que submeteram a algum tipo de atendimento médico no ambulatório do IMES de fevereiro de 2016 a dezembro de 2017.

OBJETIVOS: Quantificar e analisar de forma descritiva os atendimentos realizados no Ambulatório da Faculdade do IMES por especialidade, faixa etária e município de origem e assim deduzir a importância do atendimento prestado por este serviço para a população local de fevereiro de 2016 a dezembro de 2017.

RESULTADOS: Foram realizados 8.684 atendimentos em 2016 e 6.924 atendimentos em 2017, totalizando 15.608 pacientes. Foram contemplados 27 municípios e a população mais atendida era proveniente de Coronel Fabriciano, somando 12.254 consultas no período analisado, o que representa 79,9% da demanda do serviço. A especialidade que mais realizou atendimentos no período analisado foi a Ginecologia, totalizando 22,6% do total de consultas (3.537 atendimentos). A faixa etária mais atendida foi de 51 a 60 anos, excetuando-se o ambulatório de pediatria.

CONCLUSÃO: Este estudo demonstra a importância do atendimento do ambulatório do IMES para a população local. O número de consultas foi expressivo e ofereceu para a comunidade uma alternativa de assistência médica mediante a lotação do serviço público. Ademais, demonstra-se o compromisso com a excelência na qualidade da atenção à saúde da

comunidade, na geração de novos conhecimentos e na formação de profissionais com elevado nível de capacitação

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento Ambulatorial, Faculdade de Medicina, ensino

REFERÊNCIAS

- [1] Trindade LMDF, & Vieira MJ. O Aluno De Medicina E Estratégias De Enfrentamento No Atendimento Ao Paciente. Rev. Bras. Educ. Méd. 2013; 37(2):167-177.