VOL. 03 Nº 09 - FEVEREIRO 2023

REVISTA CIENTÍFICA

CEREM-GO

ISSN 2675-5009 *DOI 10.37951/26755009.2023.v3i9*

CEREM-GOIÁS
Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás

Uma cooperativa de crédito feita de **médicos para médicos!**

Somos especialistas em **cuidar de você e do seu negócio.**

Conheça nossas soluções:

- **Conta corrente**
- **Poupança**
- **Investimentos**
- **Consórcios**
- **Créditos**
- **Seguros**

Faça-nos uma visita ou abra sua conta pelo App Sicoob. **Indique 5004 como sua cooperativa.**

SicoobUniCentroBr

SICOOB UniCentro Br

Copyright © 2023 by: Revista Científica CEREM - GO
Editora : D&D Comunicação Ltda

CIP - Brasil - Catalogação na Fonte
Dartony Diocen T. Santos CRB-1 (1° Região)3294

R416 Revista Científica CEREM-GO: Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás. / Associação Goiana de Residência Médica .V.03, n. 09. – Goiânia:. D&D Comunicação Ltda,2023.

46p. : il. (Edição de Fevereiro)
ISSN: 2675- 5009

Artigo. 2. Punção. 3. Doença.4. Complicação. 5. Medicina. I.Título

CDU: 616(52)

Impresso no Brasil
Printed in Brazil – 2023

Índice para catalogo sistemático:

CDU: 616(52)

EQUIPE EDITORIAL

CEREM-GOIÁS
Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE RESIDÊNCIA MÉDICA- AGRM
Primeira Avenida, s/nº - Bairro Setor Leste Universitário, CEP 74605-020
Presidente: Tárik Kassem Saidah

APOIO
Portal de Periódicos Eletrônicos UniEVANGÉLICA

D&D COMUNICAÇÃO

D&D COMUNICAÇÃO
RUA 27-A Nº 142 - SETOR AEROPORTO
FONE: (62) 3941-7676

Jornalista: *Dário Álvares*
Diagramação: *Lethicia Serrano*

EDITORES CHEFES
Waldemar Naves do Amaral
Tárik Kassem Saidah

CONSELHO EDITORIAL
Antônio Fernando Carneiro
João Alves de Araújo Filho
Juarez Antônio de Souza
Leonardo Caixeta
Luciene Barbosa de Sousa
Luiz Fernando Jubé Ribeiro
Luiza Emylce Pelá Rosado
Melissa A. G. Avelino
Régis Resende Paulinelli
Rui Gilberto Ferreira

CONSELHO HONORÍFICO CIENTÍFICO
Bruno Air Machado da Silva
Carlos Hassel Mendes da Silva
Evandro das Merces Bittencourt Resque Junior
Guillermo Sócrates Pinheiro de Lemos
Kassem Saidah
Sandro Dultra e Silva
Sérgio Mota da Silva Júnior
Ernei de Oliveira Pina
Vinícius Stival Veneziano Sobrinho

REGRAS PARA PUBLICAÇÃO

A revista publicará:

1. Artigos originais completos sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos.

2. Relatos de casos de grande interesse desde que bem documentados clínica e laboratorialmente.

3. Números especiais com anais, coletâneas de trabalhos apresentados em congressos e suplementos com trabalhos versando sobre tema de grande interesse.

4. Artigos de revisão, inclusive meta-análises e comentários editoriais, a convite, quando solicitados a membros do conselho editorial.

PROCESSAMENTO

Todo material enviado será analisado pelo Corpo Editorial da revista composto pelo: editores da revista, conselho editorial, editores associados, colaboradores e adjuntos; sendo vetado a identificação aos revisores dos autores ou do serviço onde os trabalhos foram desenvolvidos, assim como os revisores não serão identificados pelos autores, exceto quando solicitados por aqueles. Ao recebimento os artigos serão datados e codificados sendo seus autores comunicados do recebimento. Os artigos que não preencherem as normas editoriais serão rejeitados neste estágio. Aqueles que estiverem de acordo serão enviados a dois revisores indicados pelo Editor. Os autores serão informados sobre a aceitação e das modificações eventualmente sugeridas pelo Corpo Editorial. Quando modificações forem solicitadas os autores deverão retornar o trabalho corrigido dentro de 15 dias, devendo justificar se alguma sugestão não for aceita.

DIREITOS AUTORAIS (COPYRIGHT)

É uma condição de publicação em que os autores transferem os direitos autorais de seus artigos à Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás. A transferência dos direitos autorais à revista não afeta os direitos de patente ou acordos relacionados aos autores. As figuras, fotos ou tabelas de outras publicações podem ser reproduzidas, desde que autorizadas pelo proprietário. O material publicado passa a ser propriedade da CEREM-GOIÁS, podendo ser reproduzido com sua anuência.

ASPECTOS ÉTICOS

O Corpo Editorial segue os princípios da Declaração de Helsinki e recomendamos que os autores dos artigos enviados obedeçam à comissão ética e preencham os requerimentos reguladores e legais para experiências em seres humanos com drogas, incluindo consentimento informado, de acordo com os procedimentos necessários em sua instituição ou país. Toda informação do paciente deve ser anônima, em particular, checar se o número de identificação e o nome da paciente foram retirados das fotos. Para maiores detalhes acessar o site da comissão de ética e pesquisa (http://www.datasus. gov.br/conselho/comissões/ética/conep.htm).

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

O conteúdo intelectual dos trabalhos é de total responsabilidade de seus autores. O Corpo Editorial não assumirá qualquer responsabilidade sobre as opiniões ou afirmações dos autores. Todo esforço será feito pelo Corpo Editorial para evitar dados incorretos ou imprecisos. O número de autores deve ser limitado em seis.

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os autores enviarão cópias juntamente com jogos de figuras, fotos ou tabelas e manter uma cópia para referência. O texto deve identificar um autor como correspondente para onde serão enviadas as notificações da revista. Deverá conter nome completo, instituição, unidade, departamento, cidade, estado, País, link para CV Lattes, número ORCID de todos os autores e endereço completo, telefone e email do responsável pelo trabalho. Os trabalhos devem ser enviados para o e-mail revistacientificacerem@gmail.com .

APRESENTAÇÃO

Os artigos devem ser digitados em espaço duplo e devem conter os seguintes tópicos:

Título (português e inglês), resumo (português e inglês), introdução, métodos, resultados, discussão, agradecimentos e referências. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página. Os relatos de casos devem ser estruturados em: resumo, introdução, relato de caso, discussão, conclusão e referências. A primeira página deve incluir: título, primeiro e último nome dos autores e sua filiação, títulos (não mais que 20 letras), palavras chaves (5-8) e o endereço de email. A segunda página deve conter o título do manuscrito no cabeçalho e cuidado deve ser tomado no restante do texto para que o serviço ou os autores não possam ser identificados (suprimi-los).

RESUMO

O resumo dos artigos originais deve ser dividido em seções contendo informações que permita ao leitor ter uma ideia geral do artigo, sendo divididos nos seguintes tópicos: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Não deve exceder 250 palavras. O resumo dos relatos de casos deve ser em um único parágrafo. Uma versão em inglês do resumo e das palavras chaves deve ser fornecido.

ESTILO

As abreviaturas devem ser em letras maiúsculas e não utilizar ponto após as letras, ex: US e não U.S.. As análises estatísticas devem ser pormenorizadas no tópico referente aos métodos. O uso de rodapé não será permitido, exceto em tabelas. O Corpo Editorial reserva o direito de alterar os manuscritos sempre que necessário para adaptá-los ao estilo bibliográfico da revista.

LITERATURA CITADA

As referências devem ser numeradas consecutivamente à medida que aparecem no texto e depois nas figuras e tabelas se necessárias, citadas em numeral sobrescrito, ex: "Trabalho recente sobre o efeito do ultrassom 22 mostra que....". Todas as referências devem ser citadas no fim do artigo seguindo as informações abaixo: 1. et al. não é usado. Todos os autores do artigo devem ser citados. 2. As abreviações dos jornais médicos devem seguir o formato do Index Meddicus. 3. Trabalhos não publicados, artigos em preparação ou comunicações pessoais não devem ser usadas como referências Quando absolutamente necessárias, somente citá-las no texto. 4. Não usar artigos de acesso difícil ou restrito aos leitores, selecionando os mais relevantes ou recentes. Nos artigos originais o número de referência deve ser limitado em 25 e os relatos de casos e cartas em 10. 5. A exatidão dos dados da referência é de responsabilidade dos autores. As referências devem seguir o estilo Vancouver como nos exemplos abaixo: Artigos de jornais: Cook CM, Ellwood DA. A longitudinal studyofthecervix in pregnancyusing transvaginal ultrasound. Br J ObstetGynaecol 1966; 103:16-8. In press: Wyon DP. Thermalcomfortduringsurgicaloperations. J HygCamb 20-;in press (colocar o ano atual). Artigo em livro editado: Speroff L, Glass RH, Kase NG. In Mitchell C, ed. ClinicalGynecologicEndocrinologyandInfertility. Baltimore, USA: Willliams& Wilkins, 1994:1-967.

AGRADECIMENTOS

Dirigidos às contribuições científicas ou materiais de outros que não justificam coautoria.

ILUSTRAÇÕES

Todas as ilustrações devem ser identificadas com o nome do autor principal e número da figura. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto e numeradas de acordo com aparecimento, ex: figura 3.

ÍNDICE

7 **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO-FUNCIONAL DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

AMANDA MORAES DE SÁ, MARIELY LEONARDO ARAÚJO, GIULLIANO GARDENGHI, MARCOS FERNANDO TWEEDIE SPADONI, JOSÉ ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, LETÍCIA DE SOUZA PEREIRA

12 **ACHADOS LAPAROSCÓPICOS DE ENDOMETRIOSE EM PACIENTES DA CLÍNICA FÉRTILE - REPRODUÇÃO HUMANA EM GOIÂNIA-GO**

LORRANA ESTEVAM FERNANDES , WALDEMAR NAVES DO AMARAL

17 **PERFIL DE MULHERES SUBMETIDAS A CURETAGEM UTERINA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA**

LUDMIRA FORTUNA SANTOS, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

22 **GESTAÇÃO ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESAREA PRÉVIA: UMA SERIE DE CASOS**

ANA CAROLINA DE PAULA VASCONCELOS, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

27 **DESFECHOS PERINEAIS EM PARTOS VAGINAIS ACOMPANHADOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA**

THAYS BARBIERI POLONIATO, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

32 **RELATO DE CASO DE UM MUTIRÃO PEDIÁTRICO DE ATENDIMENTO SEMIPRESENCIAL NA CIDADE DE SILVÂNIA-GOIÁS**

GISELLE PULICE BARROS, MARCUS VINICIUS LOBO LOPES FILHO

34 **ANEURISMA CORONARIANO: RELATO DE CASO**

PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA, MARCO AURÉLIO DOS SANTOS CORDEIRO, PAULO HENRIQUE RODRIGUES

39 **CÂNCER DE MAMA MULTIFOCAL, MULTICÊNTRICO E BILATERAL**

HAILA CRISTINA DO RÊGO SILVA, DANIELA DOS SANTOS ANJOS, ISABELLA VICTÓRIA SILVA PEREIRA, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA, IZADORA CAIADO OLIVEIRA, IZABEL JAKELINE MORAIS LIMA MOREIRA, SAMIR ANTÔNIO MADI FILHO, JOÃO BOSCO MACHADO DA SILVEIRA, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA

42 **CÂNCER OCULTO DA MAMA**

AYLTON ALBERNAZ DIAS, DIEGO DE OLIVEIRA SILVA, FERNANDO COSTA ABREU FILHO, JOSIMAR OLIVEIRA DA SILVA, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA, IZADORA CAIADO OLIVEIRA, JOÃO GABRIEL FRANCO LOPES, JOÃO BOSCO MACHADO DA SILVEIRA, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA

DIVULGAÇÃO E APOIO

Iniciamos 2023 apresentando aos nossos qualificados leitores a edição número 9 da Revista Científica CEREM Goiás. Consolidada, a nossa publicação tem um papel importante na Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás - CEREM Goiás, divulgando de forma séria e transparente os trabalhos científicos desenvolvidos por médicos residentes e serviços de residência médica de nossa região e apoiando a nossa missão principal de auxiliar as 24 Corenes do estado de Goiás, do ponto de vista administrativo e de gestão junto aos nossos médicos residentes.

Portanto, contribua você também para a troca de experiências e o avanço do aprendizado médico. Participe destas páginas que compartilham conhecimento e auxiliam na valorização da residência médica em Goiás.

Os artigos devem ser remetidos para o e-mail revistacientificacerem@gmail.com

WALDEMAR NAVES DO AMARAL
TÁRIK KASSEM SAIDAH
EDITORES CHEFES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO-FUNCIONAL DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL-FUNCTIONAL PROFILE OF PATIENTS VICTIMS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

AMANDA MORAES DE SÁ[1], MARIELY LEONARDO ARAÚJO[1], GIULLIANO GARDENGHI[1,2,3], MARCOS FERNANDO TWEEDIE SPADONI[1], JOSÉ ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR[4], LETÍCIA DE SOUZA PEREIRA[5]

RESUMO

Objetivo: O objetivo foi avaliar o perfil epidemiológico e clínico-funcional dos pacientes vítimas de TCE atendidos em um hospital público de referência em atendimento ao trauma em Goiânia. Métodos: É um estudo transversal analítico realizado em um hospital referência em trauma entre março a julho de 2021. Foram avaliados pacientes internados nas enfermarias, advindos da Unidade de Terapia Intensiva ou emergência, que se enquadraram nos critérios de elegibilidade da pesquisa. Foram coletadas informações dos prontuários eletrônicos e aplicadas a Escala de Coma de Glasgow, o Montreal Cognitive Assessment, a escala Medida de Independência Funcional e o Medical Research Council. Resultados: A amostra foi composta por 70 indivíduos, sendo 58% homens, com média de idade de 40,40 (±15,41) anos. Os finais de semana corresponderam aos dias de maiores ocorrências e internações, a principal causa de TCE foi o acidente motociclístico e o uso de álcool esteve associado em 41,5% dos casos. O diagnóstico de TCE leve foi o mais frequente e foram identificados déficit cognitivo e prejuízo na independência funcional. Conclusões: As maiores vítimas de TCE atendidas em um hospital referência em trauma do estado de Goiás são homens em idade produtiva envolvidos em acidentes motociclísticos sob a influência do uso de álcool. Predominou-se lesões de grau leve e identificou-se que as maiores repercussões funcionais dos indivíduos foram na cognição e na independência para desempenhar as atividades diárias do dia-a-dia.

PALAVRAS CHAVE: EPIDEMIOLOGIA; LESÕES ENCEFÁLICAS TRAUMÁTICAS; SAÚDE PÚBLICA

ABSTRACT

Objective: The objective was to evaluate the epidemiological and clinical-functional profile of patients with TBI treated at a public hospital that is a reference in trauma care in Goiânia. Methods: It is an analytical cross-sectional study carried out in a trauma reference hospital between March and July 2021. Patients admitted to the wards, coming from the Intensive Care Unit or emergency, who met the eligibility criteria of the research, were evaluated. Information was collected from electronic medical records and applied to the Glasgow Coma Scale, the Montreal Cognitive Assessment, the Functional Independence Measure scale and the Medical Research Council. Results: The sample consisted of 70 individuals, 58% of whom were men, with a mean age of 40.40 (±15.41) years. Weekends corresponded to the days with the highest occurrences and hospitalizations, the main cause of TBI was the motorcycle accident and the use of alcohol was associated in 41.5% of the cases. The diagnosis of mild TBI was the most frequent and cognitive deficit and impairment of functional independence were identified. Conclusions: The biggest victims of TBI treated at a referral hospital for trauma in the state of Goiás are men of working age involved in motorcycle accidents under the influence of alcohol use. Mild injuries predominated and it was identified that the greatest functional repercussions of the individuals were on cognition and independence to perform daily activities.

KEYWORDS: EPIDEMIOLOGY; TRAUMATIC BRAIN INJURY; PUBLIC HEALTH

INTRODUÇÃO

Segundo o Código Internacional de Doenças (CID 10) o Traumatismo Cranioencefálico (TCE) compreende traumas no couro cabeludo, crânio e encéfalo[1]. Em Goiás, de janeiro a novembro de 2021 foram notificadas 2.225 internações por TCE, 422 só em Goiânia[2].

O diagnóstico de TCE é realizado de acordo com a história do trauma, exame físico, e exames de imagem[3]

1- Hospital de Urgências de Goiás, Goiânia
2 - Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia
3 - Clínica de Anestesia (CLIANEST), Goiânia
4 - Universidade de Brasília, Brasília-DF
5 - Secretaria Estadual de Saúde, Goiânia

ENDEREÇO
GIULLIANO GARDENGHI
Clianest, R. T-32, 279 - St. Bueno
Goiânia - GO, 74210-210
Telefone: +55 (62) 3604-1100
e-mail: coordenacao.cientifica@ceafi.edu.br

e pode ser classificado em leve, moderado ou grave[4]. O indivíduo vítima de TCE pode sofrer prejuízos no funcionamento interpessoal, ocupacional e social[5], o que gera grande impacto na saúde pública devido às perdas socioeconômicas e pessoais[6].

Conhecer o perfil epidemiológico das vítimas de TCE é uma forma de criar estratégias de prevenção que visem a redução dessas lesões, visto que o TCE pode acarretar em condições secundárias que resultam em comprometimento a longo prazo, limitação funcional, incapacidade e afeta a qualidade de vida[5,7].

A literatura ainda é escassa em estudos que contemplem essa população, principalmente no estado de Goiás. Além disso, os estudos existentes não exploram o perfil funcional dessas vítimas ainda durante a internação hospitalar, o que é importante conhecer para que seja possível identificar o paciente que necessita de maior atenção durante a estadia no hospital. Essas informações auxiliam no planejamento terapêutico com o objetivo de melhorar a funcionalidade e reduzir os impactos na saúde.

Diante disso, o objetivo do estudo foi avaliar o perfil epidemiológico e clínico-funcional dos pacientes vítimas de TCE atendidos em um hospital público de referência em atendimento ao trauma em Goiânia.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

É um estudo transversal analítico, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição pela CAAE: 40360420.4.0000.0033. Foi descrito seguindo as recomendações do STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

Local

Foi realizado entre março e julho de 2021 no Hospital de Urgências de Goiás (HUGO). Foram avaliados pacientes internados nas enfermarias, advindos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou emergência.

Participantes

Foram incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos; diagnóstico clínico confirmado de TCE pela equipe de neurocirurgia e que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos pacientes com histórico prévio de TCE, doenças neurodegenerativas e déficit cognitivo descritos em prontuário ou relatados pelo acompanhante; que estavam em privação de liberdade; sem acompanhantes e que não possuíam nível de consciência adequado, segundo a Escala de Coma de Glasgow (ECG), para assinar o TCLE e aqueles com prontuários incompletos.

Variáveis

O desfecho principal do estudo foi a caracterização epidemiológica e clínico-funcional dos participantes. Foram coletados: sexo, idade, dia da semana em que ocorreu a lesão, dia da semana em que foi admitido no hospital, diagnóstico, tipo de TCE, causa do trauma, fatores associados ao trauma, tipo de tratamento, internação em UTI, tempo de permanência na UTI, tempo de permanência no hospital, óbito. De forma adicional, foram coletados: nível de consciência, escore cognitivo, nível de dependência funcional prévia e pós lesão e força muscular.

Instrumentos

Inicialmente foi realizada uma triagem dos pacientes por meio do sistema de prontuário eletrônico. O paciente apto foi convidado a participar da pesquisa e foram efetuadas as explicações sobre as avaliações, caso o mesmo não possuísse os requisitos necessários para entendimento do termo, as mesmas foram realizadas para o responsável. Após a assinatura em duas vias do TCLE, se iniciou a coleta e as avaliações.

Foram coletados em prontuário os seguintes dados: sigla do nome, número de prontuário, sexo, data de nascimento, idade, dados da internação, dados relacionados ao trauma e dados clínicos e transferidos para a ficha de avaliação clínica e epidemiológica criada pelos pesquisadores.

Logo após foi aplicada a ECG que define o estado de consciência. Avalia-se a reatividade do indivíduo através de três parâmetros: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Cada parâmetro recebe um score, sendo 15 a pontuação máxima e indica nível de consciência normal. Pacientes com pontuação menor ou igual a oito são considerados comatosos[8].

Em seguida foi aplicado o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), utilizado para detectar deficiência cognitiva leve. Sua pontuação é de zero a 30, sendo que pontuações mais altas indicam melhor função cognitiva. O ponto de corte original é de 26 pontos, porém, na adaptação brasileira o ponto de corte de 25 pontos apresentou maior sensibilidade e especificidade[9,10].

Em seguida foi aplicada a escala Medida de Independência Funcional (MIF), que avalia a incapacidade de indivíduos com restrições funcionais de origem variada na execução de atividades cotidianas. Cada atividade recebe pontuação de um (dependência total) a sete (independência completa), sendo a pontuação total de 18 a 126. O nível de independência é classificado de acordo com o escore total, sendo que 18 pontos indicam dependência completa; 19 a 60 pontos dependência modificada (assistência em até 50% da tarefa); 61 – 103 pontos dependência modificada (assistência em até 25% da tarefa); e 104 – 126 pontos independência completa ou modificada[11]. Foram realizadas duas medidas: previamente ao TCE e pós lesão durante a internação hospitalar, apenas em caráter de caracterização.

Por último, foi realizada a avaliação de força muscular utilizando o Medical Research Council (MRC), uma escala que avalia a força muscular periférica. São analisados seis movimentos bilateralmente. Para cada movimento a força muscular é graduada entre zero (paralisia total) e cinco

(força muscular normal). A pontuação total varia de zero (tetraplegia) a 60 (força muscular normal), um escore total abaixo de 48 pontos designa fraqueza significativa, e abaixo de 36 indica fraqueza grave[12].

Viés

Para reduzir o risco de viés de mensuração, a aplicação das escalas e testes à beira leito foi realizada por apenas um pesquisador.

Tamanho do estudo

Para definir o cálculo amostral foi utilizada a amostra total do estudo de Passos et al.[13] como referência, visto que foi um estudo realizado em um hospital de referência em trauma com critérios de inclusão semelhantes. O cálculo foi realizado após a coleta de dados, em calculadora online gratuita disponível na internet. Considerando nível de confiança de 95% e 5% de margem de erro, o número amostral foi de 70 indivíduos.

Foram triados 181 indivíduos durante o período da pesquisa, desses, 70 foram incluídos na amostra. A seleção dos participantes está demonstrada no fluxograma abaixo (Figura 1).

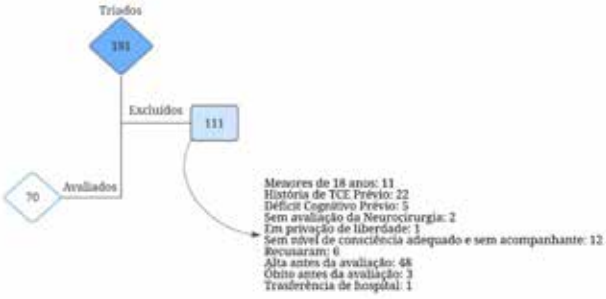


Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra.

Análise estatística

Para as análises estatísticas foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS (versão 20.0). Inicialmente foi realizado o teste de normalidade Kolmogorv-Smirnov para as variáveis quantitativas. Foi calculada média e desvio padrão para as variáveis contínuas normais, mediana e intervalo interquartil para as variáveis contínuas não normais, além de porcentagem e frequência para as variáveis qualitativas.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 58 homens (82.9%) e 12 mulheres (17.1%), a média de idade foi de 40,40 (±15,41) anos. As características epidemiológicas relacionadas às lesões estão descritas na tabela 1.

Variáveis	Valores
Diagnóstico	
TCE leve	38,6%
TCE moderado	31,4%
TCE grave	30,0%
Tipo de TCE	
Fechado	87,1%
Penetrante	12,9%
Tipo de Tratamento	
Conservador	81,4%
Cirúrgico	18,6%
Causa do TCE	
Acidente automobilístico	12.9%
Acidente motociclístico	40%
Queda de altura	14.3%
Queda da própria altura	14.3%
Outras	18.5%

Legenda: TCE: Traumatismo Cranioencefálico

Tabela 1. Características epidemiológicas relacionadas a lesão.

O TCE leve e do tipo fechado foram os mais comuns e predominou-se o tratamento conservador. A causa de TCE mais comum foi o acidente motociclístico, adicionalmente, dentre os fatores relacionados às causas destacaram-se o uso de álcool em 41,5% dos casos e o acidente de trabalho em 14,6%.

Em relação às características da internação, os finais de semana foram os dias mais comuns de ocorrência das lesões (57,1%) e de admissão hospitalar (61,4%). As demais características da internação hospitalar estão descritas na tabela 2.

Variáveis	Valores
Internação em UTI	
Sim	55.7%
Não	44,3%
Dias	18 (±11)
Tempo de Internação Hospitalar	16 (26)
Alta Hospitalar	94.2%
Óbito	5.8%

Legenda: UTI: Unidade de Terapia Intensiva; ( ): intervalo interquartil; ±: desvio padrão.

A caracterização clínico-funcional dos participantes está descrita na tabela 3.

Tabela 2. Características da internação hospitalar.

A caracterização clínico-funcional dos participantes está descrita na tabela 3.

Variáveis	Valores
Escala de Coma de Glasgow	14 (3)
MoCA	16 (±5)
MRC	54 (18)
MIF	
Prévia	126 (0)
Atual	67 (79)

Legenda: ( ): intervalo interquartil; ±: desvio padrão.

Tabela 3. Características clinico-funcionais da amostra.

A pontuação da ECG representa nível de consciência confuso, onde os participantes poderiam não conseguir se localizar em tempo e espaço. Em relação ao MoCA, a amostra apresentou pontuação correspondente à presença de déficit cognitivo leve. Na avaliação de força muscular a pontuação foi acima do ponto de corte para fraqueza significativa, e em relação a funcionalidade, os indivíduos apresentavam independência completa para a realização de suas atividades diárias previamente ao TCE e foi prejudicada após o trauma.

Em relação à classificação funcional segundo a MIF, 44,3% da amostra foi classificada como dependência modificada em 50% para a realização de suas tarefas diárias após o TCE.

DISCUSSÃO

Os principais achados do nosso estudo foram que as maiores vítimas de TCE são homens, com idade média de 40 anos com lesões classificadas como leves. O acidente motociclístico foi a maior causa de TCE em nossa amostra e o uso de álcool esteve presente em boa parte dos casos.

A literatura afirma que as maiores vítimas de TCE no Brasil pertencem ao sexo masculino e tal fato se deve, provavelmente, pela maior exposição dos homens à ambientes e situações de risco14,15,16. Apesar de concordar com nossos achados6,17, a literatura aponta faixa etária variada partindo dos 18 anos[18]. É comum encontrar mais relatos de casos leves de TCE nos estudos brasileiros[17,18,19], porém, alguns autores relatam dificuldade em encontrar esse dado devido ao não preenchimento completo de prontuários[20].

Os acidentes de tráfego vêm liderando as causas de TCE, principalmente em lugares onde as leis de trânsito e o uso de equipamentos de proteção não são respeitados e a fiscalização e medidas preventivas ainda não são efetivas[21]. Alguns estudos brasileiros também identificaram o acidente motociclístico como principal causa de TCE[13,15,18]. Associado a esse mecanismo de lesão, o uso de álcool é frequentemente relatado na literatura[22], além de maior número de registros de ocorrência e admissões hospitalares nos finais de semana[13], como encontrado em nosso estudo. Tal fato pode ser explicado pelo fato de que o final de semana é o período em que as pessoas buscam mais entretenimento, diversão e lazer, o que pode influenciar no comportamento e resultar em atitudes impensadas e irresponsáveis, como a associação de álcool e direção19.

O tempo de internação hospitalar encontrado foi o maior até o momento, a literatura aponta média de 5 a 11 dias de internação[16,18,22]. Apenas o estudo de Smart et al[23]. apresentou dados aproximados aos nossos de internação em UTI, porém a literatura explica que a oferta de leitos de UTI nos hospitais que recebem esse perfil de paciente é variada[7], o que pode influenciar nos resultados dos demais estudos. O óbito intra-hospitalar não é tão comum, como encontrado em nosso estudo, a literatura descreve taxas de até 22% para essa população[24].

A literatura aponta média de 11 a 13 na ECG, porém esses valores estão relacionados ao momento da admissão hospitalar e não durante a internação hospitalar como em nosso estudo[17,20,22]. Aponta ainda média de 14 a 18 pontos no MoCA em indivíduos pós TCE, resultado encontrado em nosso estudo. Porém, diverge sobre sua aplicação em indivíduos com TCE, pois não parece ser ideal para diferenciar o nível de deficiência cognitiva em relação à extensão da lesão cerebral. No entanto, mostrou-se sensível para detectar déficit cognitivo em indivíduos com TCE devido à sua ampla cobertura dos domínios da função cognitiva[25,26].

Indivíduos vítimas de TCE, além de déficits cognitivos, apresentam sequelas físicas que prejudicam a eficiência fisiológica e força muscular e que impactam na funcionalidade e na independência para atuar sobre sua vida e executar atividades do dia-a-dia[27,28, 29]. Em nosso estudo a força muscular foi avaliada por meio do MRC e a amostra apresentou escore acima do ponto de corte correspondente a fraqueza significativa. Já a funcionalidade foi avaliada por meio da MIF.

Apenas o estudo de Brooks et al.[30] utilizou a MIF para avaliar indivíduos após um ano de TCE grave ou moderado, os quais obtiveram média de 114 pontos, o que representa independência completa ou modificada para a realização de atividades diárias. Porém, esses indivíduos foram avaliados após um ano de lesão e todos estavam em programas de reabilitação, o que pode ter influenciado o resultado.

A literatura é escassa na descrição da funcionalidade e força muscular de indivíduos pós TCE utilizando o MRC e a MIF como escalas de avaliação. Além disso, esse parece ser o primeiro estudo que avaliou força e funcionalidade ainda durante a internação hospitalar, o que limitou a discussão desses tópicos. É necessário que se realizem mais estudos epidemiológicos que explorem o perfil das vítimas de TCE, as causas, os fatores associados à lesão, a relação e o impacto na independência e funcionalidade, para que assim estratégias de prevenção mais efetivas possam ser criadas e os impactos sociais e na saúde sejam reduzidos.

Além disso, conhecer o perfil epidemiológico e clínico-funcional de pacientes vítimas de TCE atendidos nas instituições auxilia a equipe multiprofissional a triar aqueles que mais necessitam de atenção e no planejamento terapêutico ainda durante a internação hospitalar para que os impactos a longo prazo sejam minimizados.

Como limitação principal do estudo destaca-se os instrumentos de avaliação, que não são propriamente validados para TCE, porém, não há protocolos nem recomendações de instrumentos de avaliação exclusivos para TCE descritos na literatura.

CONCLUSÃO

Em conclusão, identificou-se que as maiores vítimas de TCE atendidas em um hospital referência em trauma do estado de Goiás são homens em idade produtiva envolvidos em acidentes motociclísticos sob a influência do uso de álcool. Apesar da diversificação no diagnóstico, predominou-se lesões de grau leve. Identificou-se que as maiores repercussões funcionais dos indivíduos foram na cognição e na independência para desempenhar as atividades diárias do dia-a-dia.

Sugere-se que mais estudos que investiguem esse perfil de indivíduos sejam realizados para conhecer a funcionalidade tanto na internação como após a alta hospitalar. Sugere-se também que escalas funcionais sejam padronizadas para esse tipo de lesão e protocolos de avaliação sejam criados para melhor conhecimento dos déficits apresentados por essa população.

REFERÊNCIAS

1. José QS, Del Duqui LMM, Vaz LH. Distribuição das internações por traumatismo intracraniano na região centro-oeste brasileira. Saúde Coletiva. 2019;9(48):1362-68. https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i48p1362%20-%201368
2. Datasus. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em 26 de janeiro de 2022, às 10:00.
3. Amyot F, Arciniegas DB, Brazaitis MP, Curley KC, Diaz-Arrastia R, Gandjbakhche A, et al. A Review of the Effectiveness of Neuroimaging Modalities for the Detection of Traumatic Brain Injury. J Neurotrauma. 2015;32(22):1693-721. https://doi.org/10.1089/neu.2013.3306
4. Ng SY, Lee AY. Traumatic Brain Injuries: Pathophysiology and Potential Therapeutic Targets. Front Cell Neurosci. 2019;13:1-23. https://doi.org/10.3389/fncel.2019.00528
5. Centers for disease control and prevention; National institutes of health. Report to congress on traumatic brain injury in the United States: epidemiology and rehabilitation. 2015. https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pubs/congress_epi_rehab.html
6. Sousa RM, Fernandes e Santana L, Silva EPG, Vieira GO. Epidemiologia de traumatismo craniencefálico em um hospital. Rev. Soc. Bras. Clin. Med. 2018;16(1):21-24. http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884987/dez-esseis1_vinteum.pdf
7. Silva JA, Souza AR, Feitoza AR, Cavalcante TD. Traumatismo cranioencefálico no município de Fortaleza. Enferm. Foco. 2017;8(1):22-26. http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/724/368
8. Paixão ODM, Umberto PC, Paixão FZM. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. Arq Bras Neurocir. 2014;33(1):22-32. http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf
9. Freitas S, Simões MR, Martins C, Vilar M, Santana I. Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. Aval. psicol. 2010;9(3):345-57. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a02.pdf
10. Memória CM, Yassuda MS, Nakano EY, Forlenza OV. Brief screening for mild cognitive impairment: validation of the Brazilian version of the Montreal cognitive assessment. Int J Geriatr Psychiatry. 2012;28(1):34-40. https://doi.org/10.1002/gps.3787
11. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Ver Saúde Pública. 2005;39(4):655-62. https://www.scielo.br/j/rsp/a/B87GVS3PKF6wsKXbL7KYkmR/?format=pdf&lang=pt
12. Latronico N, Gosselink R. A guided approach to diagnose severe muscle weakness in the intensive care unit. Rev bras ter intensiva. 2015;27(3):199-201. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150036
13. Passos MSC, Gomes KEP, Pinheiro FGMS, Paula CLP, Oliveira DML, de Sousa Júnior AS. Perfil clínico e sociodemográfico de vítimas de traumatismo cranioencefálico atendidas na área vermelha da emergência de um hospital de referência em trauma em Sergipe. Arq bras neurocir. 2015;34:274-79. http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1564886.
14. Gaudêncio T, Leão G. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. Rev Neurocien. 2013;21(03):427-34. https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.814.8p
15. Sales Filho RF, Gomes GK, Araújo JAM, Aragão MT, Kildare SSH, Pinto MRS. Perfil clínico-epidemiológico dos traumatismos cranioencefálicos atendidos em um hospital de referência do interior do estado do Ceará. Nursing. 2019;22(253):2909-13. http://www.revistanursing.com.br/revistas/253/pg19.pdf
16. Carvalho ON, Silva IM, Viana MR, Madeira MZ, Oliveira AD, Carvalho AR. Traumatic brain injury: profile of patients admitted in a public hospital from Teresina city. Rev pesq cuid fundam online. 2020:946-52. https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6835
17. Gao G, Wu X, Feng J, Hui J, Mao Q, Lecky F, et al. Clinical characteristics and outcomes in patients with traumatic brain injury in China: a prospective, multicentre, longitudinal, observational study. Lancet Neurol. 2020;19(8):670-77. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30182-4
18. Constâncio JF, Nery AA, Mota EC, Santos CA, Cardoso MC, Constâncio TO. Perfil clínico-epidemiológico de indivíduos com histórico de traumatismo cranioencefálico. Rev. baiana enferm. 2018;32. https://doi.org/10.18471/rbe.v32.28235
19. Santos FD, Casagranda LP, Lange C, Farias JC, Pereira PM, Jardim VM, et al. Traumatic brain injury: causes and profile of victims attended to at an emergency health clinic in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Rev. Min. Enfer. 2013;17(4):888-93. https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130064
20. Magalhães ALG, Souza LC, Faleiro RM, Teixeira AL, Miranda AS. Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no Brasil. Rev. Bras. Neurol. 2017;53(2):15-22. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/847819/rbn53v02-03-epidemiologia-do-traumatismo-2-ok.pdf
21. Vieira RD, Hora EC, Oliveira DV, Vaez AC. Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(6):1359-63. https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xg5PryVZrrP9C9MShmTdHdz/?format=pdf&lang=pt
22. Maia B, Paula F, Cotta G, Cota M, Públio P, Oliveira H, et al. Perfil Clínico-Epidemiológico das Ocorrências de Traumatismo Cranioencefálico. Rev Neurocienc. 2013;21:43-52. https://doi.org/10.34024/rnc.2013.v21.8204
23. Smart LR, Mangat HS, Issarow B, McClelland P, Mayaya G, Kanumba E, et al. Severe Traumatic Brain Injury at a Tertiary Referral Center in Tanzania: Epidemiology and Adherence to Brain Trauma Foundation Guidelines. World Neurosurg. 2017;105:238-48. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.05.101
24. Emami P, Czorlich P, Fritzsche FS, Westphal M, Rueger JM, Lefering R, et al. Impact of Glasgow Coma Scale score and pupil parameters on mortality rate and outcome in pediatric and adult severe traumatic brain injury: a retrospective, multicenter cohort study. J. Neurosurg. 2017;126(3):760-7. https://doi.org/10.3171/2016.1.JNS152385.
25. Guise E, Alturki AY, LeBlanc J, Champoux MC, Couturier C, Lamoureux J, et al. The Montreal Cognitive Assessment in Persons with Traumatic Brain Injury. Appl Neuropsychol Adult 2013;21(2):128-35. https://doi.org/10.1080/09084282.2013.778260
26. Zhang H, Zhang XN, Zhang HL, Huang L, Chi QQ, Zhang X, et al. Differences in cognitive profiles between traumatic brain injury and stroke: A comparison of the Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental State Examination. Chin J Traumatol. 2016;19(5):271-4. https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2015.03.007
27. Oberholzer M, Müri RM. Neurorehabilitation of Traumatic Brain Injury (TBI): A Clinical Review. Med Sci. 2019;7(3):47-64. https://doi.org/10.3390/medsci7030047
28. Hassett L, Moseley AM, Harmer AR. Fitness training for cardiorespiratory conditioning after traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12:CD0061. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006123.pub3
29. Nelson LD, Temkin NR, Dikmen S, Barber J, Giacino JT, Yuh E et al. Recovery After Mild Traumatic Brain Injury in Patients Presenting to US Level I Trauma Centers. JAMA Neurol. 2019;76(9):1049-59. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.1313
30. Brooks JC, Strauss DJ, Shavelle RM, Paculdo DR, Hammond FM, Harrison-Felix CL. Long-Term Disability and Survival in Traumatic Brain Injury: Results From the National Institute on Disability and Rehabilitation Research Model Systems. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2013;94(11):2203-09. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.07.005

ACHADOS LAPAROSCÓPICOS DE ENDOMETRIOSE EM PACIENTES DA CLÍNICA FÉRTILE - REPRODUÇÃO HUMANA EM GOIÂNIA-GO

LAPAROSCOPIC FINDINGS OF ENDOMETRIOSIS IN PATIENTS AT CLINIC FÉRTILE - HUMAN REPRODUCTION IN GOIÂNIA-GO

LORRANA ESTEVAM FERNANDES[1] , HENRIQUE ESTEVAM FERNANDES AMARAL[3] , LUCIANA FERNANDES ROVER[4], WALDEMAR NAVES DO AMARAL[2]

RESUMO

A endometriose é uma condição patológica na qual células endometriais se desenvolvem fora da cavidade uterina. Os sintomas são variados (dor pélvica, dispareunia, dismenorreia, entre outros) e a severidade depende da localidade anatômica do acometimento. Além disso, a patologia pode afetar pacientes de qualquer idade, mas é mais frequentemente encontrado em mulheres em idade reprodutiva. Neste âmbito, o entendimento do perfil epidemiológico de endometriose pode auxiliar no desenvolvimento de políticas de saúde e no conhecimento do risco de progressão da doença quando não tratada ao longo do tempo. No presente trabalho, foram analisados 1400 laudos de videolaparoscopias, realizados no período de 2015 à 2021, atendidas na Clínica Fértile - Reprodução Humana (Goiânia-GO) e foram selecionados os exames de laparoscopia diagnóstica realizados em mulheres com idades de 16 a 50 anos, as quais apresentaram achados de endometriose e que seguem o estadiamento do American Fertility Society. Posteriormente, os dados coletados foram sistematizados (de acordo com a faixa etária, estágio de endometriose e os achados laparoscópicos de endometriose) e apresentados utilizando ferramentas gráficas. Do grupo de estudo selecionado e analisado (n = 206), foi observado o maior quantitativo (n = 18) para mulheres com 34 anos, representando 8,7%. Relativamente a classificação do estágio da doença, o estágio IV foi prevalente em toda a faixa etária de estudo (< 35 anos; 29,2%) e (35-50 anos; 39,7%). Adicionalmente, o achado laparoscópico de endometriose mais predominante foi no fundo de saco (n = 134; 65%). Sendo assim, a identificação do perfil epidemiológico (faixa etária/frequência, estágio de endometriose e achado laparoscópio) abrirá caminhos para a determinação de meios mais eficientes para diagnóstico e consequentemente um tratamento efetivo e que não apresente efeitos secundários.

PALAVRAS CHAVE: ENDOMETRIOSE; ACHADOS LAPAROSCÓPICOS; DIAGNÓSTICO; AMERICAN FERLITY SOCIETY

ABSTRACT

Endometriosis is a pathological condition which endometrial cells develop outside the uterine cavity. The symptoms are varied (pelvic pain, dyspareunia, dysmenorrhea, among others) and the severity depends on the anatomical location affected. In addition, the pathology can stricken patients of any age, but it is most often found in women of reproductive age. In this regard, understanding the epidemiological profile of endometriosis can help in the development of health policies and in the knowledge of the risk of disease progression when untreated over time. In this work, 1400 reports of videolaparoscopies were analyzed, carried out in the period from 2015 to 2021, attended at the Fértile - Reprodução Humana (Goiânia-GO) clinic, laparoscopy exams performed in women aged 16 to 50 years were selected, who had endometriosis findings following the American Fertility Society staging. Subsequently, the data collected were systematized (according to age group, stage of endometriosis and the laparoscopic findings of endometriosis) and presented using graphical tools. From the analysis of selected and analyzed group (n = 206), the highest number (n = 18) was observed for women aged 34 years, representing 8.7%. Concerning the classification of the stage of the disease, stage IV was prevalent in the entire age group studied (< 35 years; 29.2%) and (35-50 years; 39.7%). Moreover, the most predominant laparoscopic finding of endometriosis was in the pouch of Douglas (n = 134; 65%). Thus, the identification of the epidemiological profile (age group/frequency, stage of endometriosis and laparoscope finding) will open the way for the determination of more efficient means for diagnosis and, consequently, effective treatment that does not present side effects.

KEYWORDS: ENDOMETRIOSIS; LAPAROSCOPIC FINDINGS; DIAGNOSIS; AMERICAN FERTILITY SOCIETY

1 - Hospital e Maternidade Dona Íris
2 - UFG GO
3 - UNIFENAS Campus BH
4 - Unirv Campus - Ap. de Goiânia

ENDEREÇO
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail centrodeestudoshdmi@gmail.com

INTRODUÇÃO

A prevalência de endometriose na população feminina mundial é de 5% e 10% (aproximadamente 190 milhões) em idade reprodutiva de todos os grupos étnicos e sociais[1]. É uma patologia benigna, crônica, estrogênio-dependente e de natureza multifatorial, que se apresenta na forma de cistos e/ou nódulos em diversos locais no organismo. Sabe-se que há prevalência nos ovários, o fundo de saco posterior, o ligamento largo e o ligamento uterossacro[2,3].

As principais características clínicas dessa patologia são a dismenorreia, dispareunia e dor pélvica intensa, crônica ou acíclica, que na maioria dos casos coincidente com a menstruação[1,4]. Clique ou toque aqui para inserir o texto.. Pode haver também outros sintomas como: disúria, hematúria, polaciúria e urgência miccional, distensão abdominal, disquezia, constipação, hematoquezia, e dor anal. Clique ou toque aqui para inserir o texto.. Por outro lado, é necessário salientar que alguns pacientes podem ser oligossintomáticos ou mesmo assintomáticos[4].

Relativamente ao seu diagnóstico, a anamnese e o exame físico são capazes de identificar aproximadamente 70% dos casos de endometriose. Nesse contexto, ressalta-se que a presença de nódulos ou rugosidades enegrecidas em fundo de saco posterior ao exame especular são achados que sugerem a doença. Ademais, ao toque, pode-se investigar a mobilidade do útero, se reduzida pode ser indicativo de aderências pélvicas. Outrossim, nódulos dolorosos em fundo de saco posterior podem estar associados a lesões retrocervicais, ligamento uterossacros, parede vaginal ou intestinal. Sob o mesmo viés, massas anexiais podem estar relacionadas a endometriomas[4].

O expressivo desenvolvimento da Obstetrícia nas últimas décadas, associado ao ingresso de novas tecnologias, têm proporcionado diminuição do atraso no diagnóstico e consequentemente melhor assistência aos pacientes6. Todavia, ainda hoje, a média estimada do tempo entre o início dos sintomas até o diagnóstico definitivo é de sete anos[4,5].

Por conseguinte, quando a suspeita da patologia é identificada, faz-se necessário a utilização de outros métodos auxiliares para a confirmação e o estadiamento da doença. Nesse contexto, a ultrassom pélvica e transvaginal e a ressonância magnética são os principais métodos utilizados[1,4]. Deve-se destacar que o diagnóstico definitivo é realizado por meio da biópsia da lesão endometriótica[7].

Ademais, tem-se buscado biomarcadores como métodos de rastreio e identificação precoce da endometriose. Embora promissores, nenhum dos métodos desenvolvidos até o momento possui alta sensibilidade e acurácia para uso na prática clínica1. Neste contexto, o cancer antigen 125 (CA-125) é o biomarcador periférico mais pesquisado e utilizado na investigação de endometriose. Apesar dos níveis de CA-125 no sangue periférico não ter poder de diagnóstico da endometriose, devido à baixa sensibilidade, dosagens seriadas de CA-125 é um importante recurso para auxiliar na identificação de recidiva após o tratamento clínico ou cirúrgico8Clique ou toque aqui para inserir o texto..

Nesta ótica terapêutica, a endometriose representa um grande desafio, pois, até o momento, não há cura e é conhecida sua recidiva ao longo da vida. Desse modo, deve-se avaliar individualmente cada caso, observando os sintomas, a extensão da doença, o comprometimento de órgãos, a idade e o desejo de concepção[5].

As opções terapêuticas são medicamentos e/ou cirurgia. Independente do tratamento escolhido, é importante o acompanhamento do paciente por uma equipe multidisciplinar com terapias complementares como atividade física, fisioterapia e acupuntura[1,4]. Ademais, pacientes com dor crônica estão mais suscetíveis a desenvolver quadros depressivos e de estresse, sendo, portanto, necessário a assistência psicológica[4].

Atualmente não há prevenção efetiva da endometriose, o que torna a doença ainda mais desafiadora1. Desse modo, é um problema de saúde pública, com impacto expressivo na saúde física, principalmente devido aos sintomas de dor crônica, e na saúde mental pelo prognóstico, em muitos casos, cursar com depressão e ansiedade. Além disso, destaca-se que os custos de saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento da endometriose são elevados e podem se equiparar ao de outras doenças crônicas de alto impacto na sociedade global[1,4,9].

Portanto, o presente estudo objetivou avaliar criteriosamente a prevalência de endometriose em pacientes da Clínica Fértile - Reprodução Humana em Goiânia, Goiás, no período de 2015 a 2021, identificando o número de mulheres acometidas, os achados mais frequentes dessa patologia e a prevalência das alterações ecográficas conforme a idade das pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo, retrospectivo e de base quantitativa, com coleta secundária de dados e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital e Maternidade Dona Íris (Goiânia-GO) (número do parecer: 5.434.401). Inicialmente, 1400 laudos de videolaparoscopia, realizados no período de 2015 à 2021, foram analisados e selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: i) exames de laparoscopia diagnóstica realizados em mulheres na faixa etária de 16 a 50 anos, atendidas na Clínica Fértile - Reprodução Humana; ii) laudos que apresentaram achados de endometriose; iii) laudos que seguem o estadiamento do American Fertility Society[10]. Os pacientes que não apresentaram todos os critérios de inclusão previamente reportados, laudos inconclusivos, rasurados e/ou ilegíveis, foram excluídos do estudo. Após coleta e sistematização dos dados obtidos, os mesmos foram descritos através de representação gráfica e analisados visando identificar o

perfil epidemiológico relativamente à faixa etária, ao estágio de endometriose e aos achados laparoscópicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A endometriose é uma patologia de alta prevalência e apresenta um impacto social e econômico significativo na qualidade de vida das mulheres[9,11]. Relativamente a sua fisiopatologia, ainda é necessário um melhor entendimento, todavia, acreditam-se que é uma patologia multifatorial, incluindo alterações na anatomia tubária, mecanismos de produção de mediadores inflamatórios, com danos aos oócitos e redução do hormônio Anti-Mulleriano (HAM) com impacto na reserva folicular[12].

No presente estudo, foi avaliado o perfil epidemiológico de endometriose em pacientes da Clínica Fértile - Reprodução Humana em Goiânia, Goiás, no período de 2015 à 2021, por meio da análise de videolaparoscopias. Além disso, foi estudado a distribuição do estágio de endometriose de acordo com a faixa etária, bem como, foram descritos e discutidos os achados laparoscópicos de endometriose do grupo de estudo. As informações coletadas e analisadas relacionando a idade e os achados de endometrioses, podem contribuir para entender o perfil epidemiológico do grupo de estudo e o risco de progressão da doença quando não tratada ao longo do tempo[10].

O estudo foi iniciado com a análise de 1400 laudos de videolaparoscopia, sendo excluídos (n = 1194) os laudos que não apresentaram achados de endometriose ou que não utilizaram o estadiamento de endometriose da American Fertility Society[10], resultando em uma amostragem de 206 laudos, conforme descrito na Figura 10.

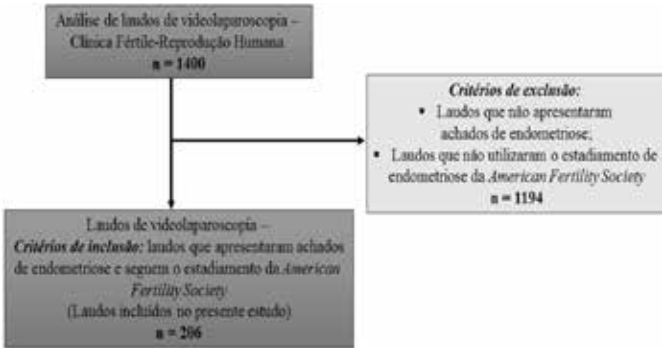


Figura 10 - Critérios de inclusão e exclusão dos laudos de videolaparoscopia analisados no presente estudo.
Fonte: Autor (2022).

No grupo de estudo selecionado (n = 206), foi possível evidenciar o perfil epidemiológico relativamente à faixa etária e aos achados laparoscópicos de endometriose da Clínica Fértile - Reprodução Humana em Goiânia, selecionando apenas os laudos que apresentam achados de endometriose e que seguem o estadiamento da American Fertility Society (Figura 10).

Da análise dos laudos videolaparoscópicos das pacientes selecionadas (n = 206), observou-se uma grande variação da idade das pacientes, conforme descrito no histograma (Figura 11). Nota-se que as pacientes selecionadas apresentaram idade entre 16 e 50 anos, sendo a idade de 34 anos a mais prevalente quantitativamente (n = 18), representando 8,7% da totalidade e o menor quantitativo (n = 0) foi observado para as idades de 19, 21 e 50 anos. Além disso, identificou-se maior prevalência entre 28 e 38 anos, corroborando com diversos estudos reportados na literatura (Figura 11)[13,14,15]. Ademais, Gheorghisan-Galateanu e Gheorghiu reportaram a existência de um pico de prevalência entre 25 a 35 anos[16].

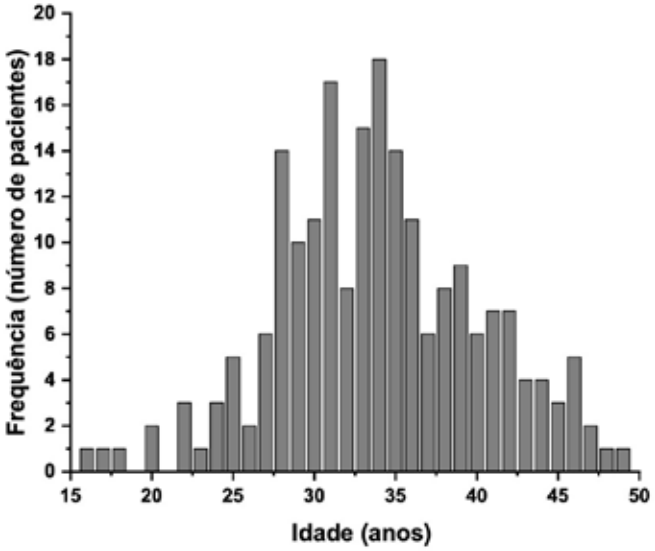


Figura 11 - Histograma de idade (anos) das pacientes estudadas com endometriose (n = 206).
Fonte: Autor (2022).

A endometriose é uma doença hormônio-dependente, desse modo, a maioria dos sintomas costumam surgir na menarca, progredindo até a fase adulta, quando os principais sintomas e complicações (dor pélvica e/ou infertilidade) podem finalmente tornar-se debilitante e exigir algum protocolo cirúrgico[17]. Neste âmbito, Stochino-Loi e co-autores efetuaram um estudo com 1560 mulheres e observaram diversas correlações entre a idade, a presença de nódulos e o grau da patologia. Neste estudo, os autores descreveram uma baixa taxa de nódulos colorretais profundos para mulheres de até 20 anos e um aumento progressivo em mulheres de até 30 anos, permanecendo estável a partir dessa idade. Os autores observaram também, que o diagnóstico e os protocolos cirúrgicos geralmente ocorrem entre os 26 e 30 anos. Portanto, sugere-se que o diagnóstico precoce e ações de prevenção de endometriose deve se centrar em mulheres com até 25 anos[18].

Além do entedimento da relação entre faixa etária e

endometriose, a classificação do estágio de endometriose é importante para verificar o avanço da patologia, determinar e padronizar protocolos de tratamento adequados e facilitar a comunicação médico-médico e médico-paciente[19]Clique ou toque aqui para inserir o texto.. Neste sentido, a American Society for Reproductive Medicine (rASRM) desenvolveu uma classificação, dividida em quatro estágios (I-IV) e determinadas por meio de um somatório de pontos (score), considerando os seguintes critérios: implantes peritoneais e endometriomas (localização, tamanho e penetração), o grau de obliteração da bolsa retouterina e aderências (extensão do envolvimento da superfície e aparência), profundidade e grau de comprometimento dos órgãos afetados20. Deste modo, após seleção do grupo de estudo (n = 206), foi avaliado e classificado as mulheres de acordo com os estágios reportados pela rASRM (Figura 12). Em um contexto geral, a severidade da endometriose é classificada e reportada de acordo com os seguintes estágios: estágio I (endometriose mínima); estágio II (endometriose leve); estágio III (endometriose moderada) e estágio IV (endometriose grave)[19].

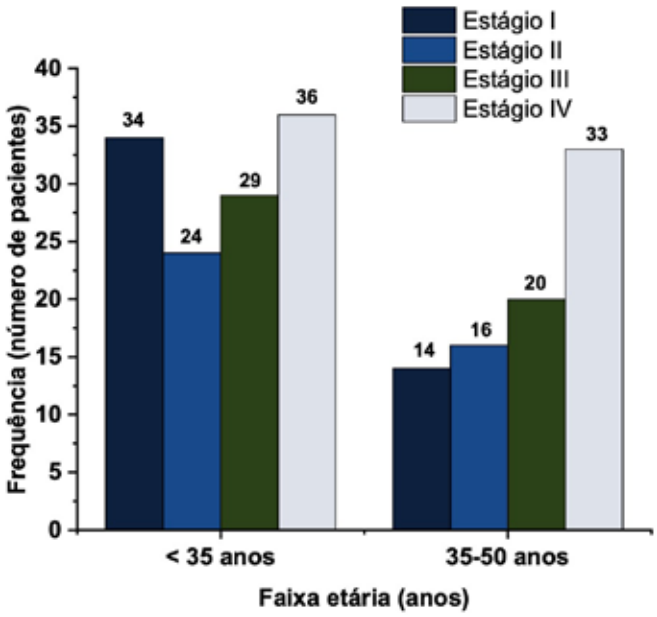


Figura 12 - Determinação de estágio I-IV de endometriose de acordo com a faixa etária (anos) da população estudada (n = 206).
Fonte: Autor (2022).

Da análise da Figura 12, foi avaliado 123 mulheres com a faixa etária < 35 anos, sendo classificadas de acordo com a rASRM, apresentando os seguintes estágios e quantitativos: estágio I (n = 34 mulheres; 27,6%); estágio II (n = 24 mulheres; 19,5%); estágio III (n = 29 mulheres; 23,5%) e estágio IV (n = 36 mulheres; 29,2%). Já para a faixa etária entre 35 e 50 anos, 83 mulheres foram estudadas e classificadas: estágio I (n = 14 mulheres; 16,8%); estágio II (n = 16 mulheres; 19,2%); estágio III (n = 20 mulheres; 24,0%) e estágio IV (n = 33 mulheres; 39,7%). A classificação utilizada no presente trabalho, é a principal e a mais difundida forma para classificar a endometriose em diferentes estudos e países[10,21,22]. Além disso, é importante ressaltar que o estágio da doença não está necessariamente correlacionado com a gravidade dos sintomas (por exemplo, dor, sintomas depressivos e fadiga crônica), como demonstrado por Warzecha e colaboradores[23]. Sendo assim, os protocolos terapêuticos baseados na classificação são modificados periodicamente e de acordo com o quadro clínico do paciente, ou seja, individualizado[20].

No que se refere aos diferentes estágios de endometriose, também foi observado uma diminuição da fertilidade com o aumento do estágio da doença[24] (GUZICK et al., 1997). Neste âmbito, em consonância com Guzick et al24, Warzecha e colaboradores reportaram que a incidência de infertilidade aumentou com o estágio da doença (estágio I-52,8%; estágio II-66,7%; estágio III-61,3%; estágio IV-96%)[23]. Outrossim, Barbosa e coautores não observaram diferenças significativas em nascidos vivos, gravidez clínica e aborto espontâneo, mas o número de oócitos recuperados foi menor em mulheres com endometriose no estágio III e IV[25]. Deste modo, como identificado no presente estudo, existem um grande percentual de mulheres na idade fértil com endometriose no estágio IV (endometriose grave), sendo de extrema relevância o acompanhamento médico e a tentativa de tratamento para evitar a infertilidade[26].

Adicionalmente, foi estudado o perfil epidemiológico dos achados laparoscópicos de endometriose (Figura 13). De acordo com a literatura e os protolocos clínicos, a avaliação deve ser realizada em todo o aparelho reprodutor feminino, incluindo o peritônio pélvico, útero, fossas ováricas, ovários, tubas uterinas, região retrocervical, com avaliação dos ligamentos uterossacros e o fundo de saco de Douglas27. Através da análise dos laudos laparoscópicos (n = 206), na maioria, foi observado mais de um achado por paciente, totalizando em 334 achados laparoscópicos. Os achados laparoscópicos observados foram analisados e divididos em 6 grupos, com os seguintes quantitativos: fundo de saco (n = 134; 65, 0%); ovário (n = 118; 57,2%); tuba uterina (n = 33; 16,0%); ligamentos (n = 25; 12,1%); bexiga (n = 16; 7,7%); outros (n = 8; 3,8%), como apresentado na Figura 13.

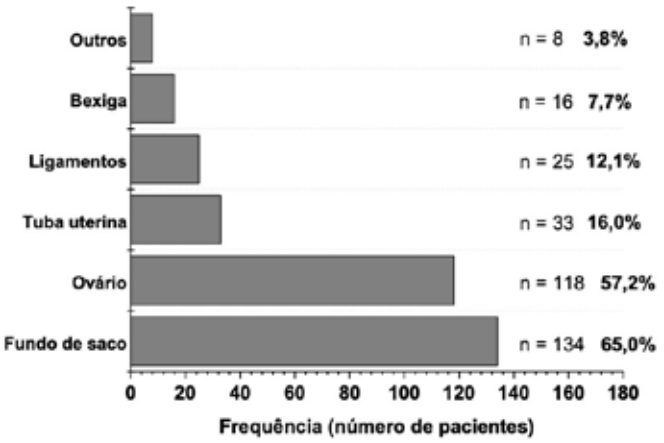


Figura 13 - Achados laparoscópicos de endometriose da Clínica Fértile - Reprodução Humana, nos anos de 2015 à 2021 (número total de pacientes, n = 204; número total de achados laparoscópicos de endometriose, n = 334). Fonte: Autor (2022).

Da análise do grupo de estudo, foi observado uma maior prevalência no fundo de saco (n = 134; 35,0%), sendo que, de acordo com a literatura, o principal sintoma associado nesses casos é a dispareunia[5,28]. Além disso, os achados do presente estudo estão de acordo com literatura, apresentando o fundo de saco e o ovário como as áreas mais comuns de acometimento pela endometriose[28,29].

Destaca-se ainda, que no presente estudo, o ovário foi a segunda área mais acometida (n = 118; 57,2%) pela patologia. Vale ressaltar que, vários trabalhos indicam existir uma relação entre a endometriose e o desenvolvimento de câncer, sendo o ovário o órgão mais acometido por essa condição[4,30]. Desse modo, os endometriomas diagnosticados na perimenopausa e/ou maiores que 3 cm, tem indicação de remoção total[4,8].

CONCLUSÃO

O estudo do perfil epidemiológico do grupo selecionado permitiu identificar que a endometriose foi prevalente em pacientes com idade entre 28 e 38 anos, com maior tropismo pelo fundo de saco de Douglas. Evidencia-se que nesta região anatômica, a dispareunia é a queixa preponderante, portanto, mulheres com essa sintomatologia devem ser investigadas de forma presuntiva, a fim de se afastar, o quanto antes, o diagnóstico de endometriose. Ademais, frente aos achados e a complexidade da doença, pode-se sugerir o rastreio, especialmente na região geográfica alvo do estudo, para mulheres com faixa etária de 25 anos. Tudo isso, buscando garantir o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e, por conseguinte, evitar os quadros mais graves. Por fim, ressalta-se que, ao diagnóstico, em razão dos possíveis impactos sob a saúde física e mental, uma equipe multidisciplinar especializada deve assistir a paciente em todos os seus aspectos biopsicossociais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Endometriosis. [S. l.], 2021.
2. Bickerstaff H, Kenny LC. Ginecologia by Ten Teachers. 20. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2019.
3. Porto CC, Porto AL. Clínica Médica na Prática Diária. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
4. Fernandes CE, Sá MFS de. Tratado de Ginecologia Febrasgo. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
5. Lasmar RB, et al. Tratado de Ginecologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
6. Moron AF, Camano L, Kulay Júnior L. Obstetrícia. Barueri: Manoli, 2011.
7. Passos EP, et al. Rotinas em Ginecologia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
8. Berek JS, et al. Tratado de Ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
9. Cardoso JV, et al. Perfil epidemiológico de mulheres com endometriose: um estudo descritivo retrospectivo. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2020;20(4):1069–1079.
10. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. Fertil Steril. 1997;67(5): 817–821.
11. Abbott J, et al. Laparoscopic excision of endometriosis: A randomized, placebo-controlled trial. Fertility and Sterility. 2004;82(4):878–884.
12. Hosseini E, et al. Controlled Ovarian Stimulation in Endometriosis Patients can be Individualized by anti-Müllerian Hormone Levels. Acta Endocrinol (Buchar). 2017;13(2):195–202.
13. Oral E. Endometriosis and Adenomyoses: Global Perspectives Across teh Lifespan. 1. ed. Cham: Springer Nature Switzerland AG, 2022.
14. Ulrich U, et al. Women of Reproductive Age with Endometriosis are Not Osteopenic. Fertility and Sterility. 1998;69(5):821–825.
15. Valson H, et al. Study of Endometriosis in Women of Reproductive Age, Laparoscopic Management and Its Outcome. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2016;5(2):514–519.
16. Gheorghisan-Galateanu Aa, Gheorghiu Ml. Hormonal Therapy in Women of Reproductive Age With Endometriosis: An Update. Acta Endocrinol (Buchar). 2019;15(2):276–281.
17. Savaris RF, Nichols C, Lessey BA. Endometriosis and the Enigmatic Question of Progression. Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders. 2014;6(3):121–126.
18. Stochino-Loi E, et al. Relationship between Patient Age and Disease Features in a Prospective Cohort of 1560 Women Affected by Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2020;27(5):1158–1166.
19. Lee, Soo-Young; Koo, Yu-Jin; Lee, Dae-Hyung Lee. Classification of endometriosis. Yeungnam Univ J Med. 2021;38(1):10–18.
20. Zanardi R, et al. Staging of pelvic endometriosis based on MRI findings versus laparoscopic classification according to the American Fertility Society. Abdominal Imaging. 2003;28(5):733–742.
21. AFS - American Fertility Society. Revised American Fertility Society classification of endometriosis: 1985. Fertil Steril. 1985;43(3):351–352.
22. Chagovets VV, et al. Endometriosis foci differentiation by rapid lipid profiling using tissue spray ionization and high resolution mass spectrometry. Sci Rep. 2017;7(1):1–10.
23. Warzecha D, et al. The Impact of Endometriosis on the Quality of Life and the Incidence of Depression-A Cohort Study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10):1–10.
24. Guzick DS, et al. Prediction of pregnancy in infertile women based on the American Society for Reproductive Medicine's revised classification of endometriosis. Fertil Steril. 1997;67(5):822–829.
25. Barbosa MAP, et al. Impact of endometriosis and its staging on assisted reproduction outcome: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014;44(3):261–278.
26. Santulli P, et al. Endometriosis-related infertility: ovarian endometrioma per se is not associated with presentation for infertility. Hum Reprod. 2016;31(8):1765–1775.
27. Abrao MS, et al. Treatment of rectosigmoid endometriosis by laparoscopically assisted vaginal rectosigmoidectomy. Int J Gynaecol Obstet. 2005;91(1):27–31.
28. Fauconnier A, et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril. 2002;78(4):719–726.
29. Victory R, Diamond MP, Johns da. Villar's nodule: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus. J Minim Invasive Gynecol. 2007;14(1):23–32.
30. Somigliana E. et al. Association between endometriosis and cancer: a comprehensive review and a critical analysis of clinical and epidemiological evidence. Gynecol Oncol. 2006;101(2):331–341.

PERFIL DE MULHERES SUBMETIDAS A CURETAGEM UTERINA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

PROFILE OF WOMEN SUBMITTED TO UTERINE CURETAGE IN A PUBLIC MATERNITY

LUDMIRA FORTUNA SANTOS[1], LAURA ARAÚJO DE CARVALHO[3], THAYS BARBIERI POLONIATO[4], LAZARO EDSON LEMES DE SOUZA GUERRA[3], WALDEMAR NAVES DO AMARAL[2]

RESUMO

Introdução: Na assistência à saúde da mulher, algumas condições indicam o esvaziamento da cavidade uterina, em caso de suspeita de retenção dos tecidos placentários parto e para o tratamento de abortamento. Objetivo: Descrever as indicações e o perfil das mulheres submetidas a curetagem uterina. Método: Estudo de natureza observacional com delineamento transver-sal, descritivo e de abordagem quantitativa, com coleta secundária de dados em prontuário físico/eletrônico entre os meses de janeiro a julho 2022, realizado no Hospital e Materni-dade Dona Iris. Os dados foram inseridos no software estatístico planilha eletrônica Mi-crosoft Office Excel, aplicou-se estatísticas simples com frequência absoluta e relativa. Resultados: Do total de mulheres submetidas ao procedimento de esvaziamento da cavi-dade uterina devido a retenção de tecidos placentários, 82% deveram-se a abortamentos, destas, 74% foram encaminhadas à curetagem uterina e 8% à Aspiração Manual Intraútero (AMIU). Identificou-se como relevante neste estudo as variáveis sociodemográficas faixa etária de 20 a 39 anos (84%), não viver com parceria (72%) e ter ensino médio completo (56%). Conclusão: Observou-se a curetagem uterina como principal método adotado para o esvaziamento uterino em decorrência de abortamento, mulheres em idade fértil, multípa-ras, sem parceria e baixa adesão ao pré-natal. Sugere-se ações de atenção ao abortamento, em especial a educação acerca do uso dos métodos disponíveis.

PALAVRAS CHAVE: ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER. CURETAGEM UTERINA. CURETAGEM À VÁCUO. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

ABSTRACT

Introduction: In women's health care, some conditions indicate the emptying of the uterine cavity in case of suspected retention of placental tissues for delivery and for abortion treatment. Objec-tive: To describe the indications and profile of women undergoing uterine curettage. Method: Observational study with cross-sectional, descriptive design and quantitative approach, with secondary data collection in physical/electronic medical records between January and July 2022, performed at Hospital e Maternidade Dona Iris. The data were entered into the statistical software Microsoft Office Excel spreadsheet, applied simple statistics with absolute and relative frequency. Results: Of the total number of women undergoing uterine cavity emptying procedure due to retained placental tissues, 82% were due to miscarriages, of these, 74% were referred to uterine curettage and 8% to Manual Intrauterine Aspiration (MVA). We identified as relevant in this study the sociodemo-graphic variables age range of 20 to 39 years (84%), not living with a partner (72%) and having completed high school (56%). Conclusion: It was observed the uterine curettage as the main method adopted for uterine evacuation due to abortion, women of childbearing age, multiparous, without partnership and low adherence to prenatal care. We suggest actions for abortion care, especially education about the use of available methods.

KEYWORDS: COMPREHENSIVE WOMAN'S HEALTH CARE. UTERINE CURETTAGE. VACUUM CURETTAGE. UNIFIED HEALTH SYSTEM.

INTRODUÇÃO

A curetagem uterina é um procedimento cirúrgico utilizado na obstetrícia para o tratamento de abortamento, caracterizado pelo esvaziamento da cavidade uterina com ou sem dilatação mecânica da cérvice uterina [1].

De acordo com um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se aproximadamente 55 milhões de abortos entre 2010 e 2014 no mundo, em sua grande maioria de ocorrência em países subdesenvolvidos [2]. As complicações de abortamento são responsáveis 15% a 20% do total das mortes relacionadas à gestação, representando uma das principais causas de

1 - Hospital e Maternidade Dona Íris
2 - UFG GO
3 - PUC GO
4 - HMDI

ENDEREÇO
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail centrodeestudoshdmi@gmail.com

mortalidade materna no Brasil, estando relacionada à desigualda-de social e permanecendo como um problema de ordem global [3,4].

O abortamento é uma síndrome hemorrágica da primeira metade da gravidez, ca-racterizado pela interrupção da gestação com produto da concepção pesando menos de 500 gramas e com idade gestacional inferior a 22 semanas ou com estatura menor que 16 cm, antes de atingida viabilidade, em mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos[4].

Nesses casos, a curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas instituições públicas de saúde. O procedimento de curetagem consiste na raspagem de material da parede uterina podendo provocar complicações como perfuração do útero e sepse, representando, portanto, causa de morbimortalidade materna[5].

Na assistência à saúde da mulher, outras condições também indicam o esvaziamen-to da cavidade uterina. No caso de suspeita de retenção dos tecidos placentários imediata-mente após o parto, procede-se a curetagem uterina como forma de abordagem terapêutica à hemorragia pós-parto (HPP)[6,7].

A retenção de tecidos placentários é uma das causas de HPP, representando uma emergência obstétrica que corresponde a maior causa de mortalidade materna em todo o mundo [8].

Com base no exposto acima, o objetivo desta pesquisa será descrever as indica-ções e o perfil das mulheres submetidas a curetagem uterina em uma maternidade pública, referência em saúde materno infantil na Região Centro-Oeste.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa. O estudo de corte transversal é uma estratégia de pesquisa epi-demiológica que analisa fator e efeito em determinado local e tempo, determina incidências e prevalências de um fenômeno[8]. A pesquisa deu-se no Hospital e Maternidade Dona Iris, de caráter público municipal, situada em Goiânia, Goiás, referência em assistência à saúde materno infantil para o município e região metropolitana. A coleta de dados secundária realizada por meio de coleta de dados em prontuários físicos/eletrônicos, a partir de ins-trumento semiestruturado sobre as características sociodemográficas, antecedentes pesso-ais, obstétricos, entre os meses de janeiro a março de 2022.

Para este estudo considerou-se as seguintes variáveis: idade; raça autodeclarada; status conjugal (vive com companheiro ou vive sem companheiro) e comorbidades pré-vias. Em relação aos aspectos clínicos e obstétricos serão analisadas as variáveis: parida-de, realizou pré-natal, número de consultas de pré-natal, idade gestacional (em semanas), curetagem uterina (pós-abortamento ou pós-parto), Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) e via de parto (vaginal ou cesárea).

Os dados foram inseridos no software estatístico Microsoft Office Excel, alimen-tando-se em planilha eletrônica, posteriormente realizou-se estatísticas simples com fre-quência absoluta e relativa. Será dispensada a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa descritiva, com coleta de dados se-cundária. Por e tratar de coleta secundária de dados, houve dispensa da utilização do Ter-mo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa descriti-va, com coleta de dados secundária. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Iris, sob o número 5.784.215 e respeitou os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/20129.

RESULTADOS

Analisou-se 95 mulheres submetidas à esvaziamento uterino parto vaginal no perí-odo de janeiro a março de 2022. A prevalência de curetagem pós-abortamento foi de 68 (72%), curetagem pós-parto 19 (20%) e 8 procedimentos com AMIU, representando 8% da amostra. Do total de gestantes analisadas, 80 (84%) tinham idade entre 20 e 39 anos, em sua maioria multíparas, 73 (77%), e não viviam com companheiro, 68 (72%).

A Tabela 1 apresenta a caracterização obstétrica de mulheres submetidas a esvazi-amento uterino.

Variáveis	N	%
Idade, anos		
17 - 19	8	8
20 - 39	80	84
40 - 44	7	7
Escolaridade, anos		
< 9	29	30
≥ 9 e < 12	53	56
≥ 12	13	14
Status conjugal		
Vive com parceiro	27	28
Vive sem parceiro	68	72
Pré-natal		
Sim	46	48
Não	49	52
Nº de consultas		
≤ 6	39	41
> 7	7	7
Não realizou	49	52
Paridade		
Nulípara	22	23
Multípara sem cesárea	42	44
Multípara com cesárea	31	33

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e obstétrica de mulheres submetidas a esvazi-amento uterino, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 95)

O Gráfico 1 apresenta a caracterização de comorbidades nas mulheres submetidas a esvaziamento uterino, em que 80 (84%) negaram ter alguma comorbidade, 6 (6%) apre-sentaram diagnóstico Diabetes Mellitus Gestacional, seguidos de 4 (4%) com Hipertensão Arterial Sistêmica.

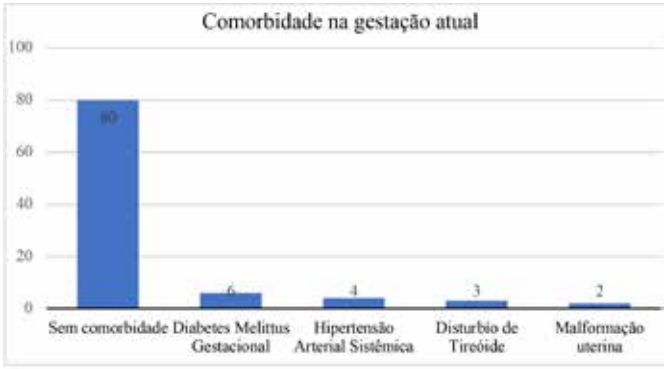


Gráfico 1. Caracterização de comorbidades nas mulheres submetidas a esvaziamento ute-rino, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 95)

O Gráfico 2 apresenta os métodos utilizados para o esvaziamento uterino pós abortamento e pós-parto imediato.

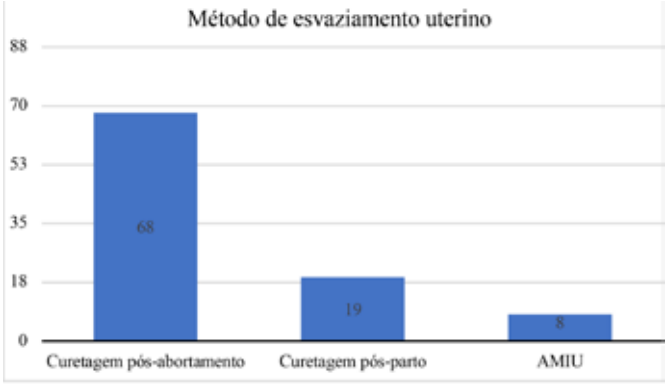


Gráfico 2. Caracterização de comorbidades nas mulheres submetidas a esvaziamento ute-rino, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 95)

A Tabela 2 apresenta os métodos utilizados para o esvaziamento uterino estratifi-cado por idade gestacional.

Variáveis	N	%
Curetagem pós-abortamento	70	74
≤ 12 semanas	42	60
> 12 a ≤ 22 semanas	21	30
Gestação anembrionada	7	10
Curetagem pós-parto	17	18
> 37 semanas	12	70
> 22 a 36 semanas e 6 dias	5	30
AMIU	8	8
≤ 12 semanas	7	90
> 12 a ≤ 22 semanas	1	10

Tabela 2. Caracterização dos métodos utilizados para o esvaziamento uterino estratificado por idade gestacional, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 95)

DISCUSSÃO

Do total de mulheres submetidas ao procedimento de esvaziamento da cavidade uterina devido a retenção de tecidos placentários, 82% deveram-se a abortamentos, destas, 74% foram encaminhadas à curetagem uterina e 8% à Aspiração Manual Intraútero (AMIU). Identificou-se como relevante neste estudo as variáveis sociodemográficas faixa etária de 20 a 39 anos (84%), não viver com parceria (72%) e ter ensino médio completo (56%).

Os achados sociodemográficos corroboram com os dados de um estudo realizado no Piauí, em que se descreveu o perfil das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento em um hospital público [5,10]. De acordo com a Organização Mundial de Saú-de, 50% a 80% dos abortamentos ocorrem na faixa etária de 20 a 29 anos, devido a maior probabilidade das mulheres nessa faixa estaria serem sexualmente ativas e férteis, resul-tando no aumento do número de gestações[11]. De maneira geral essa faixa etária é predo-minante nos estudos sobre abortamento ou sobre problemas relacionados à gravidez, po-dendo sugerir uma diminuição no número de abortos entre adolescentes.

Neste estudo, um elevado percentual (72%) das mulheres referiram não ter parce-ria, divergindo de estudos realizados em outros estados brasileiros, nos quais as mulheres em sua maioria tinham companheiro3,5. A instabilidade na relação conjugal observada nes-te estudo pode ser considerada um fator de risco para o abortamento.

Em relação aos dados reprodutivos, a maior parte, (77%), possuía pelo menos uma gestação anterior, destas, (33%), tiveram parto cirúrgico. Sabe-se que o aumento da pari-dade e a cicatriz uterina prévia são fatores de risco para acretismo e aderência anormal do tecido placentário na cavidade uterina, necessitando de curetagem como forma de trata-mento, e em casos mais graves a realização de histerectomia[12].

Chama atenção para o fato de metade, (52%), das mulheres não terem iniciado acompanhamento pré-natal, sugerindo prevalência de gestações incipientes e não planeja-das. A adesão adequada ao pré-natal permite identificar de forma precoce as intercorrên-cias gestacionais, corroborando com a redução de riscos para o binômio, sendo impre-scindível para a promoção da saúde materna e neonatal[9,13].

A prevalência de comorbidades na amostra estudada foi inferior ao de outra pes-quisa5. É consenso na literatura que a hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) são fatores de risco para desfechos maternos-fetais adversos por provocarem alterações de vascularização da decídua. Desta forma, comprometendo o bom funcionamento placentário e inviabilizando a gestação. Observou-se diagnóstico de DMG em 6% das mulheres investigadas, neste interim, o diabetes mal controlado está associado com malformações congênitas, pré-eclâmpsia, macrossomia fetal e macrossomia fetal óbi-to intrauterino[14,15]. Para tanto, reforça-se a importância da assistência pré-natal precoce, a fim de diminuir os riscos fetais.

Nesta investigação não se avaliou o tipo de abortamento, importou-se em analisar o procedimento utilizado para seu tratamento. Assim como em outros estudos, observou-se a curetagem uterina como principal método adotado para o esvaziamento uterino, 74%, destas, 60% foram realizadas em gestações menores de 12 semanas[16,10]. Este procedimen-to é largamente utilizado no tratamento pós-abortamento, representa o terceiro procedi-mento obstétrico mais frequente nos estabelecimentos de saúde conveniados ao Sistema Único de Saúde [18]. Contudo, associa-se maiores complicações como perfuração uterina, permanência de tecido placentário, hemorragia e infecção[16].

O procedimento de AMIU foi realizado em 8% dos casos de abortamento encon-trados no período analisado, inferior ao encontrado em outra pesquisa16. Para o manejo do aborto, o Ministério da Saúde recomenda o uso da aspiração por vácuo (AMIU) ou abor-to médico, que se define pelo uso sucessivo de mifepristona e misoprostol ou somente misoprostol, na ocorrência do abortamento no primeiro trimestre gestacional (≤ 12 sema-nas). Nos casos em que ocorra após 13 semanais gestacionais, preconiza a dilatação e evacuação ou aborto médico[15]. É recomendada também Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), por ser mais segura, mais rápida e menos dolorosa quando

comparada a curetagem, além de menor permanência hospitalar, embora tenha alto custo[18].

Destaca-se como limitação do estudo o fato dos dados analisados serem oriundos de anotação de prontuário, o que poderia ocasionar vieses, pois, a coleta de dados depende da integralidade das anotações. Ainda, considera-se a possibilidade de viés as respostas das gestantes ao preencher o prontuário. Sugere-se novos estudos que consolidem os riscos e benefícios relacionados aos métodos no local de estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo observou-se a curetagem uterina como principal método adotado para o esvaziamento uterino em decorrência de abortamento, seguido de uma pequena porcen-tagem de curetagem pós-parto, em faixa etária com maior probabilidade de serem férteis. Sendo assim, comprova ser o procedimento mais realizado na prática obstétrica, apesar de haver métodos alternativos e com menores efeitos adversos.

Os dados reprodutivos indicam maiores taxas de multíparas, com pelo menos um parto anterior, com baixa ou nenhuma adesão ao pré-natal e com instabilidade conjugal, fatores que se relacionam a maiores taxas de abortamento, e se assemelhou ao encontrado na literatura. Encontrou-se uma pequena prevalência de diabetes mellitus gestacional e hipertensão arterial crônica, contudo, reforça-se a importância do adequado acompanha-mento pré-natal para o bom desenvolvimento da gestação.

Deste modo, os dados possibilitam subsidiar o planejamento e implantação das ações de atenção sobretudo ao abortamento, em especial a educação acerca do uso dos métodos disponíveis.

REFERÊNCIAS

1. Holanda AAR, Dos Santos HPFD, Barbosa MF, Barreto CFB, Felinto AS, De Araújo IS. Tratamento do abortamento do primeiro trimestre da gestação: curetagem versus aspi-ração manual a vácuo. RBGO. 2003;25(4):271-6.
2. Ganatra B, et al. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. World Health Organ. 2014;92(155).
3. Ramos KS, Ferreira ALCG, Souza AI. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2010;44(3):605-610.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministé-rio da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. Ribeiro JF, Ribeiro LS, Machado PHF, Machado TMG. Perfil das mulheres submeti-das à curetagem uterina após abortamento em um hospital público. Rev. Eletron. Gestão e Saúde. 2015;6(2)1354–1366.
6. Acog. Postpartum Hemorrhage. Acog Practice Bullet In Clinical Management Guide-lines for Obstetrician-Gynecologists. 2017.
7. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. The Lancet Global Health. 2014;2(6).
8. Klein CH, Block KV. Estudos Seccionais. In:__. Medronho RA, Block KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 193-194.
9. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e nor-mas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] Re-pública Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
10. Lima KJ, et al. Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará. Cadernos Saúde Coletiva. 2011;33(10):292-296.
11. Who. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022.
12. Samira S, et al. Acretismo placentário e suas complicações. Femina. 2022;4(40): 254–256.
13. Pantoja IN, et al. Associação entre número de consultas pré-natal e as características maternas e neonatais. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021;13(10):e8843.
14. Rodrigues AL. Implicações da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Gestação. DêCiência em Foco. 2019;3(2):120–130.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Depar-tamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
16. Garcia RV, et al. Perfil de Mulheres submetidas à curetagem uterina em uma Unidade de Médio Porte do Distrito Federal. HRJ. 2021;3(14).
17. Adesse L, et al. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. Saúde Debate. 2015;39(106):694-706.
18. Saciloto MP, et al. Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2011;33(10):292–296.

GESTAÇÃO ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESAREA PRÉVIA: UMA SERIE DE CASOS

ECTOPIC PREGNANCY IN SCARS FROM PREVIOUS CESAREA: A SERIES OF CASES

ANA CAROLINA DE PAULA VASCONCELOS[1], WALDEMAR NAVES DO AMARAL[2]

RESUMO

Introdução: Gestação ectópica em cicatriz de cesárea (GECC) consiste na implantação do blastocisto na intimidade do miométrio de uma cicatriz de cesariana prévia. A in-cidência de GECC vem aumentando em paralelo ao aumento de cesarianas e atu-almente varia de 1:1800 a 1:2216 gestações. Objetivo: Relatar uma série de casos e seus desfechos, conhecer as características ultrassonográficas que corroboram para o diagnóstico e identificar as complicações maiores associadas, discorrer so-bre as formas de tratamento e relatar a evolução após a resolução do quadro. Mé-todo: Série de casos. Discussão: A melhor proposta terapêutica nos casos de GECC é a interrupção da gravidez no primeiro trimestre para prevenir as temíveis complicações inerentes à implantação miometrial do concepto (hemorragia e rotu-ra uterina). A conduta expectante é desaconselhável e associada a elevada mor-bimortalidade feita de forma excepcional. Os perfis das pacientes dos casos se en-quadram nos fatores de risco citados nos estudos. Todos os casos possuíam cesá-rea anterior e diagnóstica de gestação ectópica em cicatriz de cesárea; média de idade: 31,25 anos (29-33 anos); média de paridade (gesta): 3 (G5-G2). Desta for-ma, vamos ao encontro com o que a literatura cita como os principais fatores de risco. Nos casos 1 e 3 as pacientes foram tratadas através do esvaziamento uterino guiado por ultrassonografia associado ao tratamento medicamentoso. O caso 2 recebeu tratamento medicamentoso com metotrexato através de uma dose intra-muscular e posteriormente, acrescido da injeção intra-saco gestacional do medi-camento. E no caso 3 a paciente recebeu tratamento medicamentoso e após qua-dro de hemorragia foi submetida a tratamento cirúrgico com diagnóstico de acre-tismo placentário através da histeroscopia. Em todos os casos as pacientes foram diagnosticadas de forma precoce, passíveis de tratamento conservador e tiveram sua fertilidade preservada. Considerações finais: Uma boa conduta diante da ges-tação ectópica em cicatriz de cesárea após diagnóstico precoce com USG e Dop-pler realizado por equipe experiente tem o poder de mudar o prognóstico e o futuro reprodutivo da paciente.

PALAVRAS CHAVE: GESTAÇÃO, ECTÓPICA, CESÁREA, CICATRIZ, METOTREXATO

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy in cesarean section scar (EGCC) consists of implantation of a blastocyst in the myometrium of a scar from a previous cesarean section. The inci-dence of GECC has been increasing in parallel with the increase in cesarean sec-tions and currently ranges from 1:1800 to 1:2216 pregnancies. Objective: To report a series of cases and their outcomes, to know the sonographic characteristics that corroborate the diagnosis and to identify the associated major complications, to dis-cuss the forms of treatment and to report the evolution after the resolution of the condition. Method: Case series. Discussion: The best therapeutic proposal in cases of GECC is the interruption of pregnancy in the first trimester to prevent the fearful complications inherent to the myometrial implantation of the fetus (hemorrhage and uterine rupture). Expectant management is inadvisable and is associated with ex-ceptionally high morbidity and mortality. The patient profiles of the cases fit the risk factors cited in the studies. All cases had a previous cesarean section and a diag-nosis of ectopic pregnancy in a cesarean scar; mean age: 31.25 years (29-33 years); average parity (gesta): 3 (G5-G2). In this way, we meet what the literature cites as the main risk factors. In cases 1 and 3, patients were treated through ultra-sound-guided uterine evacuation associated with drug treatment. Case 2 received drug treatment with methotrexate through an intramuscular dose and later, added to the intra-gestational sac injection of the drug. And in case 3, the patient received drug treatment and, after bleeding, underwent surgical treatment with a diagnosis of placental accreta through hysteroscopy. In all cases, the patients were diagnosed early, amenable to conservative treatment and had their fertility preserved. Final considerations: A good approach to ectopic pregnancy in cesarean scar after early diagnosis with USG and Doppler performed by an experienced team has the power to change the patient's prognosis and reproductive future.

KEYWORDS: PREGNANCY, ECTOPIC, CESAREAN SECTION, SCAR, METHOTREXATE

1 - Hospital e Maternidade Dona Íris
2 - UFG GO

ENDEREÇO
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail centrodeestudoshdmi@gmail.com

INTRODUÇÃO

A educação em saúde no Brasil, acerca da ocorrência de gestação ectópica em cicatriz de cesárea é de suma importância, uma vez que há um au-mento exponencial do número de cesarianas ao longo do tempo e apesar de ser uma forma rara, sua incidência vem ocorrendo de forma crescente. Observa-se que há uma escassez de relatos de casos e de estudos à cerca do tema e aprofundar o conhecimento dos ginecologistas e ultrassonografistas quanto a essa forma rara de gravidez ectópica, possibilita a detecção precoce e prevenção de complicações hemorrágicas, bem como a redução da incidência de histerectomias de urgência e até mesmo de óbito materno por essa causa.

A gestação ectópica é a implantação do blastocisto fora do revestimento da cavidade uterina, implantação essa que pode ocorrer nas trompas, ovários, colo ou corno uterino, cavidade abdominal e na cicatriz de uma cesariana previa[1]. A implantação de uma gravidez na cicatriz de cesárea é considerada a apresentação mais rara de gestação ectópica com elevada morbimortalidade [2].

O primeiro relato de gestação ectópica em cicatriz de cesariana (GECC) foi realizado em 1978 por Larsen e Solomon, sendo descrita como uma hemorra-gia pós abortamento devido um sáculo em cicatriz uterina de cesárea prévia [3]. Nas últimas décadas devido à crescente frequência de cesarianas, vem ocorrendo um aumento nos relatos sobre essa nova complicação [4].

Por ser uma condição rara não há um protocolo universal para tratamen-to e nem uma abordagem ideal em termos de segurança e eficácia terapêutica. A maioria da literatura recomenda a interrupção da gravidez durante o primeiro tri-mestre. Nesse sentido, o objetivo do tratamento deve ser inviabilizar a gravidez antes de uma possível rotura uterina, remover todo o saco gestacional e preservar a fertilidade destas mulheres sempre que possível [4].

O presente estudo tem como objetivo relatar uma série de casos de GECC, descrevendo o diagnóstico ultrassonográfico e a diferente abordagem tera-pêutica em cada um.

MÉTODOS

O trabalho será do tipo série de Caso que se caracteriza como um estu-do do tipo descritivo. A sua valorização está baseada na premissa de que os pro-blemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de des-crição e análise de observações objetivas e diretas. As técnicas utilizadas para a obtenção de informações são bastante diversas, destacando-se prontuário, exa-mes laboratoriais e de imagens, foto autorizadas pelo paciente.

Quanto aos aspectos éticos, destaca-se que a pesquisa será fundamen-tada de acordo com a Resolução n. 466/2012, sendo assim os direitos dos envol-vidos assegurados. A presente pesquisa passará pela aprovação do Comitê de Ética indicado pela Plataforma Brasil e só será desenvolvido diante da autorização da paciente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre esclarecido.

O estudo constará apenas a análise dos protocolos de atendimento, prontuário, diagnóstico e formas de tratamento indicado, os riscos aqui presentes são em relação a exposição da história do atendimento e dos dados do paciente presentes nos prontuários.

Benefícios são referentes ao entendimento do diagnóstico e ao trata-mento gerando conhecimento a classe médica.

RELATO DE CASOS

1. CASO 1

Paciente FGMC, 33 anos, G2P1c, sem uso de método contraceptivo (nunca se adaptou ao uso de anticoncepcional oral) apresentava ciclos irregulares, porém iniciou com sintomas de náuseas, fadiga, sintomas semelhantes ao da sua gestação anterior e suspeitou de uma nova gravidez, teve episódio de sangramen-to vaginal discreto e indolor com duração de 1 dia e optou por fazer um teste de gravidez positivo, realizou seu primeiro USG dia 28/06/22 com saco gestacional normo-inserido, irregular, medindo 26 x 15,8 x 17,7mm, vesícula vitelínica presente e anômala, embrião presente com CCN 6,3mm, BCF 75bpm e presença de áreas de descolamento retrotrofoblástico no fundo da cavidade uterina de 29,6 x 10,4 x 21mm, a ultrassonografia deste dia evidenciava gestação tópica com biometria de 6 semanas e 4 dias (CCN 6,3mm) com volume uterino de 130,35 cm3. BETA-HCG dia 29/06/22 de 66.939 mUI/mL). Foi orientada ao uso de utrogestan, repouso e seguimento com USG. Desde o início já havia suspeita de gestação inviável devido o formato do SG, bradicardia fetal. Paciente durante esse seguimento apresentou Sangramento vaginal intermitente e dor em cólica leve.

No dia 02/07/22 a paciente por ser médica e radiologista optou por reali-zar um exame de ressonância magnética da pelve mostrando saco gestacional alongado e irregular na sua margem inferior onde se projeta para a região ístimica anterior, provável local de istmocele, recoberta por fino miométrio e hematoma subcoriônico na margem superior do saco gestacional com volume de 14mL.

Novo USG realizado após 1 semana, dia 06/07/22, apresentava SG irre-gular inserido na região ístimica/cervical uterina, com projeção do trofoblasto para a cicatriz da cesárea prévia e orifício interno cervical e com hipervascularização nesta região, área de descolamento trofoblástico de 3,1 x 2 x 2,4, exame compatí-vel com aborto retido e inserção anômala do saco gestacional, percepção de san-gramento do tipo borra de café após o exame (Figura 1).

Figura 1. Imagem de ultrassom endovaginal de gestação ectópica na cicatriz cesárea.

Foi encaminhada ao especialista e realizado USG em que foi evidencia-do área de vascularização aumentada na cicatriz de cesárea ao doppler, e foi ori-entada a realizar e injeção local de MTX dentro do saco gestacional, realizados no dia 07/07/22. Recebeu alta no dia seguinte com receita de anticoncepcional oral, foi orientado realizar BETA-HCG semanal e repetir USG após negativação do BE-TA-HCG. Cerca de 4 dias após o procedimento paciente apresentou sangramento moderado com saída de material amorfo e após, permaneceu com sangramento discreto por cerca de 2 semanas.

Paciente ainda se encontra em seguimento laoratorial/ultrassonográfico semanal. Nega sangramento vaginal ou dor abdominal no momento e último BE-TA-HCG (dia) 77 mUI/mL.

CASO 2:

Paciente, EMJ, 29 anos, G3P1N1CA1, portadora de útero bicorno, ante-cedente de dois partos prematuros o primeiro normal e pélvico, o segundo cesari-ana, e por último a gestação ectópica na cicatriz de cesárea que foi interrompida recentemente com 16 semanas. No dia 22/01/22 paciente apresentou os primeiros sintomas, ao realizar uma faxina em seu lar, apresentou dor abdominal seguido de sangramento vaginal, fez beta-hCG 24/01 que foi positivo e marcou consulta com especialista. Apresentava uma dor abdominal moderada e persistente inicialmente em cólica e após em aperto e sangramento vaginal inicialmente moderada, duran-te seguimento se tornou leve e durou vários meses. USG realizado por especialista 02/02/22 com diagnóstico de prenhez ectópica na cicatriz de cesárea embrião vivo e CCN de 7mm. Foi indicado tratamento conservador com Metotrexato 1 dose in-tramuscular. USG dia 06/02/22 gravidez permanecia evoluindo e com beta-hCG elevado de 50655 mUI/mL sendo, portanto, indicado uma dose de Metotrexato intra saco gestacional. Após o procedimento, o exame de imagem dia 25/02 demonstrou prenhez ectópica em regressão. Beta-hCG foi avaliado uma vez por semana até negativar e paciente teve alta com receita de anticoncepcional para contracepção (Figura 2).

Figura 2. Imagem de ultrassom endovaginal de gestação ectópica na cicatriz cesárea.

CASO 3

Paciente, WCGSL, 31 anos, G5P1C1NA2 em maio de 2020 começou apresentar náuseas e corrimento vaginal amarronzado, sem dor abdominal. Reali-zou beta-hCG positivo e após realização de USTV foi suspeitado de gestação ectópica em cicatriz de cesárea, sendo encaminhada ao especialista. USG dia 29/05/20 com gestação na cicatriz de cesárea de 4cm sendo prescrito metotrexato intramuscular dose única. Uma semana após medicação beta-hCG de 320 mUI/mL (04/06/20). Em seguimento semanal com ultrassonografia e beta-hCG, no dia 12/06/20 exame mostrava massa de 5,5 cm com fluxo vascular presente e beta-hCG em regressão, dia 18/06 de 36,3mUI/mL. Após queda do beta-hCG para 18mUI/mL (25/06/20) foi indicado curetagem uterina guiado por USG (quatro se-manas após MTX), realizada dia 27/06/20 no Hospital Amparo sem intercorrências. Após um mês do procedimento foi realizado uma nova USG já sem sinais de ges-tação ectópica e beta-hCG negativo. Paciente teve alta com resolução do quadro e no momento acaba de descobrir uma nova gestação de 16 semanas e 4 dias em usg obstétrico de 22/11/22.

CASO 4

Paciente HVB, hoje 34 anos, G2P1CA com teste de gravidez positivo, iniciou com quadro de discreta dor abdominal, sem sangramento vaginal e procu-rou atendimento

médico no dia 14/04/2020, realizou beta-hCG com valor de 31.708,4 mUI/mL sendo, portanto, solicitado a primeira USTV que foi realizada dia 20/04/2020 com gestação anembrionada, saco gestacional de 18 x 6 x 15 mm de inserção baixa na região do ístmo compatível com 5 semanas. No dia 22/04 após ter nova avaliação USG realizada por especiatlista, recebeu relatório médico es-crito: Paciente HVB é portadora de prenhez ectópica e que por ser de alto risco ute-rino, a mesma necessita de investigação ecográfica e intervenção. No dia 30/04 foi realizado a injeção intra saco gestacional de metotrexato em gravidez de cicatriz de cesárea. USG dia 07/05 pós injeção intra-saco de MTX com massa de 4,2 cm no segmento uterino anterior com hiper fluxo e de baixa resistência vascular e beta-hCG desse mesmo dia de 34,336 mUI/mL. Sendo realizado seguimento de beta-hCG que começou a cair, dia 08/06 era de 783, 16/6 de 463 e 25/06 de 368. Dia 30/06 foi realizada nova ecografia sendo visualizado ainda massa hipervasculari-zada de 5,5 cm na cicatriz de cesárea e prescrito MTX 50 mg IM dose única. Dia 07/07 beta-hCG de 251 e 21/07 de 49. Dia 30/07 a paciente apresentou sangra-mento vaginal aumentado e foi submetida a um novo usg demostrando massa amorfa de 5 cm compatível com prenhez ectópica de cicatriz de cesárea, sem ativi-dade metabólica ao doppler. Gestante encontrava-se estável hemodinamicamente, exames laboratoriais normais (hemograma, coagulograma, função renal) com he-moglobina de 15,2 g/dL e foi indicado histeroscopia cirúrgica por gestação ectópi-ca com hemorragia uterina. No procedimento realizado dia 01/08 no hospital am-paro foi constatado presença de acretismo placentário no segmento uterino e ana-tomopatológico descreveu espécime contendo coágulos sanguíneos e vilosidades coriais necróticas de permeio sem sinais de malignidade (Figura 3).

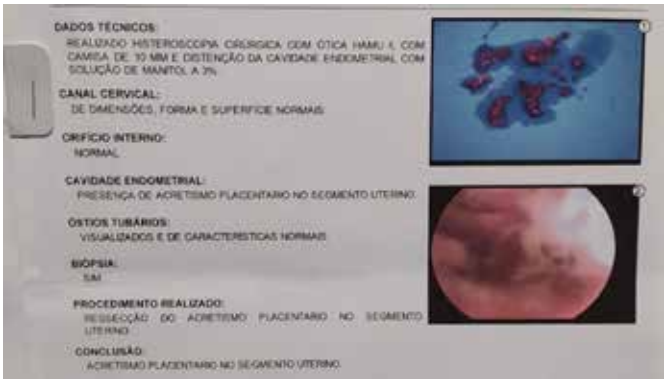


Figura 3. Imagem de Histeroscopia Cirúrgica.

Oito meses após, paciente apresentou nova gestação, realizado cesari-ana com 37 semanas, sem intercorrências na gestação, interrompida devido traba-lho de parto inicial.

DISCUSSÃO

Embora a ultrassonografia endovaginal já esteja bastante estabelecida no caso de gestação ectópica, o diagnóstico diferencial entre abortamento em cur-so, gravidez cervical e gestação na cicatriz de cesárea, não é fácil e requer experi-ência do examinador. Quanto ao caso 1 apresentado, o diagnóstico inicial foi de gestação tópica de 6 semanas e 4 dias e somente nos exames subsequentes que foi suspeitado do diagnóstico correto.

Os achados sugestivos na ultrassom precoce em uma mulher com cica-triz uterina prévia incluem: Saco gestacional em porção anterior e inserção baixa (marcador ultrassonografico para GECC apenas em idades gestacionais precoces abaixo de 7 semanas), se o saco gestacional estiver abaixo da linha imaginaria feito no sentido longitudinal do útero, é uma GECC ou gravidez cervical. Quando aplicado antes de 7 semanas, tem desempenho estatístico confiável, tendo uma sensibilidade de 93% e especificidade de 98,9%. Outros achados que podem ser encontrados são semelhantes ao diagnóstico ultrassonográfico de acretismo pla-centário, como presença de placenta anterior baixa ou placenta prévia, miométrio fino (espessura <= 3 mm), ou ausência de miométrio entre a placenta e a bexiga, linha vesical irregular, aumento da vascularização na interface entre bexiga e placenta. Com exceção da posição do saco gestacional, os demais achados se tor-nam cada vez mais evidentes em idades gestacionais mais avançadas (após sete semanas, até o final do terceiro trimestre) [5].

A ultrassonografia é o exame padrão para diagnóstico de gestação ectópica na cicatriz de cesárea e deve ser realizado por médico especialista e ex-periente.

A Ressonância magnética por ter uma excelente resolução tecidual, tem capacidade de localizar a implantação na cicatriz de cesárea, medir a espessura da parede uterina anterior e avaliar o espaço vesico uterino de forma precisa7. No entanto, não há, até o momento, evidências para apoiar o seu uso rotineiro para diagnóstico de GECC. Em casos selecionados em que a imagem ultrassonográfica é indeterminada ou as imagens são subótimas, a RM pode ser usada como avaliação adicional [6].

Dentre as opções terapêuticas estão a conduta expectante, tratamento medicamentoso ou cirúrgico. A escolha é feita com base na idade gestacional, nível sérico de beta-hCG, integridade do miométrio, estado hemodinâmico da paci-ente além da paridade e desejo de gravidez futura [8].

Existem poucos estudos que relatam sucesso na conduta expectante e quando optado, necessita vigilância rigorosa pelo risco de necessidade de intervenção de urgência. É desaconselhável nos casos de embrião com atividade car-díaca pela alta morbimortalidade materna [8].

O tratamento com metotrexato isolado é mais eficaz quando os níveis de beta-hCG são menores que 5000, devendo ser limitado a duas doses de 1mg/kg cada e alguns

autores sugerem o uso do metotrexato sempre associado a outra técnica para aumentar sua eficácia terapêutica [9].

A injeção intra-gestacional do metotrexato guiada por ultrassom é um tratamento bastante eficaz. Em um estudo prospectivo incluindo 18 pacientes com gestação na cicatriz de cesárea, a injeção local de 25 mg de MTX foi bem-sucedida em cinco dos sete casos (71%) e apenas 2 dos sete casos (20%) necessitaram de cirurgia de emergência para controle de hemorragia. É esperada uma resolução lenta do quadro com a negativação de beta-hCG ocorrendo em média dentro de 40 dias (intervalo de 21 a 140 dias) [5].

Após administração de metotrexato as pacientes devem sempre ser ava-liadas quanto aos possíveis efeitos colaterais, que incluem leucopenia, disfunção hepática ou renal, estomatite, náuseas e hemorragia [2]. Nos casos aqui descritos nenhuma paciente apresentou efeitos colaterais descritos.

Quando optado por esvaziamento intrauterino, o procedimento deve ser sempre guiado por USG pelo risco de perfuração uterina e a paciente deve ser sempre informada da possibilidade de histerectomia caso ocorra de hemorragia maciça [2]. Nos casos descritos na literatura de AMIU são em gestação com menos de oito semanas, diâmetro médio de até 13 mm do saco gestacional, sem abaula-mento da cicatriz uterina e sem atividade cardíaca [9].

É provável que a gestação na cicatriz de cesárea compartilha histologia comum com o espectro da placenta acreta e as duas condições podem representar um continuum da mesma doença, sendo a GECC diagnosticada no primeiro tri-mestre e o acretismo, com o evoluir da gestação [6].

Em um dos casos descritos em nosso trabalho a paciente foi submetida a tratamento medicamentoso e no seguimento apresentou hemorragia, sendo submetida a histeroscopia cirúrgica, com diagnóstico de acretismo placentário. Não houve necessidade de transfusão, paciente se manteve estável hemodinami-camente e foi tratada com ressecção de restos ovulares por histeroscopia com su-cesso após o tratamento.

O diagnóstico precoce é imprescindível para evitar complicações graves como hemorragia e necessidade de histerectomia de urgência. Nos casos descri-tos nesse trabalho, graças ao diagnóstico precoce e ultrassonografia realizada por profissional experiente, foi possível tratar todas as pacientes de forma conservado-ra e com preservação da fertilidade. Uma dessas pacientes engravidou novamente após a resolução do quadro, teve uma gestação tranquila e sem intercorrências, uma se encontra gestante no momento e iniciando o pré-natal, e as outras duas tiveram a gestação ectópica recentemente e estão em uso de contraceptivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A gestação ectópica em cicatriz de cesárea é uma patologia que pode estar associada a graves complicações com risco de rotura uterina e hemorragia maciça com necessidade de histerectomia de urgência, podendo comprometer o futuro reprodutivo da mulher.

O diagnóstico precoce é de fundamental importância nesta patologia e é feito através da ultrassonografia endovaginal, obedecendo aos critérios ultrasso-nográficos e excluindo os diagnósticos diferenciais.

O tratamento conservador é o tratamento adequado para as pacientes que desejam preservar a fertilidade e deve ser realizado sempre que possível.

REFERÊNCIAS

1. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM. Ginecologia de Williams. Porto Ale-gre: McGraw Hill Education; 2013. 1402 p.
2. Yela AA, Marchiani N. Tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: relato de caso. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2013;35(1):233-237.
3. Yela AA, Marchiani N. Sucesso no tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea. Reprodução & Climatériio. 2013b;28(1):41-44.
4. Antunes MDLG. Gravidez em cicatriz de cesariana. [Dissertação]. Porto: Faculdade de Me-dicina da Universidade de Porto; 2014.
5. Timor-Tristsch IE. Revisão de literatura apresentada no UpToDate. Gravidez com cicatriz de cesariana. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-scar-pregnan-cy?search=Gravidez%20com%20cicatriz%20de%20cesariana&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>.
6. Timor-Tristsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. Diagnósti-co, tratamento e acompanhamento da gravidez em cicatriz cesariana. Jornal americano de obste-trícia e ginecologia. 2012;207(1):44-e1.
7. Caserta NMG, Bacha AM, Grassiotto O. Gravidez ectópica em cicatriz de cesariana: invasão da parede vesical detectada pela ressonância magnética. Radiologia Brasileira. 2017;50:197-198.
8. Melo CSB, Laranjeira CLS, Laranjeira MSR, Mascarenhas CHS, Géo MS, Brandão AHF. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: série de casos com três possibilidades terapêuticas diferentes. Femina. 2012;49(8):505-508.
9. Petersen KB, Hoffmann E, Larsen CR, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. Fertility sterility. 2016;105(4):958-967.

DESFECHOS PERINEAIS EM PARTOS VAGINAIS ACOMPANHADOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

PERINEAL OUTCOMES IN VAGINAL DELIVERIES ACCOMPANIED IN A PUBLIC MATERNITY

THAYS BARBIERI POLONIATO[1], LUDMIRA FORTUNA SANTOS[3], IRUMUARA INTERAMINENSE ULIANA FILHO[4], RENATA SILVA LOPES[2], ANA VERA ALVES CARDOSO[3], LAURA ARAÚJO DE CARVALHO[5], WALDEMAR NAVES DO AMARAL[2]

RESUMO

Cerca de 85% das mulheres que realizam parto vaginal sofre algum tipo de trauma perineal. As lesões provocadas espontaneamente podem levar à necessidade de sutura, perda aumentada de sangue, dor perineal no pós-parto, além de represetar fator de risco para o surgimento de disfunções do assoalho pélvica. As lesões perineais estão relacionadas à assistência prestada durante o trabalho de parto. O objetivo desta pesquisa foi descrever as características socioemográficas e obstétricas e a prevalência de trauma perineal em partos. Estudo com delineamento transversal, descritivo analítico e de abordagem quantitativa, com coleta secundária de dados em prontuário físico/eletrônico entre os meses de janeiro a março de 2022, a ser realizado no Hospital e Maternidade Dona Iris, de caráter público, referência em saúde materno-infantil na Região Centro-Oeste. Os dados serão inseridos em software estatístico, software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Foram realizadas estatísticas simples com frequência absoluta e relativa. Os dados foram coletados após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Iris, sob o número 5.610.634. Os resultados encontrados neste estudo, permitem concluir que os traumas perineais devem ser tratados com importância pela assistência à parturiente, pois podem resultar em desfechos negativos para a mulher nos aspectos físicos, psíquicos, emocionais e sociais; com consequências a longo prazo.

PALAVRAS CHAVE: PERÍNEO. LESÃO. EPISIOTOMIA. ASSISTÊNCIA AO PARTO. SAÚDE DA MULHER

ABSTRACT

About 85% of women who deliver vaginally suffer some type of perineal trauma. Spontaneous injuries may lead to the need for suture, increased blood loss, perineal pain in the postpartum period, and represent a risk factor for the emergence of pelvic floor dysfunctions. Perineal lesions are related to the assistance given during labor. The aim of this research was to describe the socioemographic and obstetric characteristics and the prevalence of perineal trauma in deliveries. This is a cross-sectional study, descriptive analytical and quantitative in approach, with secondary data collection from physical/electronic medical records between January and March 2022, to be conducted at the Hospital e Maternidade Dona Iris, a public hospital that is a reference in maternal and child health in the Midwest Region. The data will be entered into statistical software, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0. Simple statistics with absolute and relative frequency will be performed. Data were collected after review and approval by the Research Ethics Committee of the Hospital e Maternidade Dona Iris, under number 5.610.634. The results found in this study allow us to conclude that perineal trauma must be treated with importance by assistance to parturient women, as they can result in negative outcomes for the woman in the physical, psychological, emotional and social aspects; with long-term consequences.

KEYWORDS: PERINEUM. INJURY. EPISIOTOMY. CHILDBIRTH CARE. WOMEN'S HEALTH

INTRODUÇÃO

Na perspectiva de um modelo humanizado de assistência e visando minimizar riscos maternos e neonatais, no Brasil, tem-se o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a iniciativa Rede Cegonha que foi implementada com o propósito de garantir acesso aos serviços de saúde, acolhimento e resolutividade na área obstétrica[1].

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, o estímulo às posições verticalizadas no parto e a prática restritiva de episiotomia. O Brasil é o país com as taxas mais elevadas de morbimortalidade materna e perinatal bem como de procedimentos de cesarianas do mundo [2,3]

1 - Hospital e Maternidade Dona Íris
2 - UFG GO
3 - HMDI
4 - Unirv Campus - Ap. de Goiânia
5 - PUC GO

ENDEREÇO
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail centrodeestudoshdmi@gmail.com

Das mulheres que realizam parto vaginal, uma porcentagem de 85% sofre algum tipo de trauma perineal. Tais lesões podem levar ao aumento da perda sanguínea, à necessidade de sutura, à dor perineal no pós-parto e fator de risco para o surgimento de disfunções do assoalho pélvico, como incontinência urinária e fecal e os prolapsos de órgãos pélvicos[1].

O trauma perineal, em decorrência do parto vaginal, caracteriza-se como a perda da integridade do períneo, podendo envolver lacerações de diferentes graus. Está associado a morbidades a curto e longo prazos, como dor perineal, dispareunia, sintomas de depressão, aumento do risco de infecção puerperal e sangramentos[4].

Dentre as mulheres que já enfrentaram traumas perineais, 40% referem dor nas primeiras 2 semanas pós-parto. Nas mulheres com períneo integro, a dor e o incômodo desaparecem nos primeiros 10 dias após o parto, ao passo que mulheres que vivenciaram o trauma perineal referem dor durante os 3 meses subsequentes ao parto [5].

As lacerações classificam-se de acordo com a profundidade graus de acordo com o tecido acometido graus, sendo as mais grave aquelas que afetam o esfíncter anal. Existem muitos fatores relatados na literatura associados ao aumento da incidência do trauma perineal, incluindo primiparidade, parto instrumental, macrossomia fetal, idade materna avançada e fatores controláveis [4].

Dentre os fatores controláveis estão as posições de parto não convencionais (em pé, semi-sentada, lateral, quatro apoios, cócoras, banqueta de parto, de joelhos, parto na banheira), que têm sido associadas a um aumento de períneo íntegro quando comparadas à posição litotômica, convencionalmente utilizada por permitir uma visualização do períneo e por facilitar algumas manobras [4,6].

Segundo a pesquisa, "Nascer no Brasil", realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a posição litotômica ainda é a mais utilizada no país (91,7%) e a taxa de episiotomia acerca-se a 53,5 %. Ressalta-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere taxa aceitável de episiotomia de 10%. Algumas práticas tradicionais e rotineiras são utilizadas e favorecem a ocorrência de trauma perineal, a saber, a indução do parto com ocitocina sintética, episiotomia e a permanência da mulher em posição litotômica [7,2].

A adoção das posições horizontais é uma prática prejudicial durante o parto vaginal e deve ser eliminada da prática obstétrica, devendo haver o estímulo às posições verticalizadas, cujo desfechos obstétricos são mais positivos [2,3] .

A posição litotômica é fator de risco para lacerações de 1º e 2º graus e 41,5 % dos partos nesta posição apresentam episiotomia, ao passo que posições verticais apresentam-se como protetoras, reduzindo a ocorrência de episiotomia para 2,3% 9. Estudos indicam alta taxa de episiotomia em partos em posições litotômicas (38%), em posições laterais (6,7%). Posições supinas estão relacionadas a lacerações de 3º e 4º graus e maiores índices de episiotomia [8,10,11].

A principal justificativa para apoiar a adoção de posições verticalizadas no parto é a ação gravitacional, a qual contribui na descida do feto pelo canal vaginal, além de modificar a angulação da pelve materna, posições horizontais dificultam a descida fetal no período expulsivo [12,13].

Neste sentido, O objetivo desta pesquisa foi descrever as características socioemográficas e obstétricas e a prevalência de trauma perineal em partos no Hospital e Maternidade Dona Iris, referência em saúde materno-infantil na Região Centro-Oeste.

METODOLOGIA

Estudo com delineamento transversal, descritivo analítico e de abordagem quantitativa. O estudo de corte transversal é uma estratégia de pesquisa epidemiológica que analisa fator e efeito em determinado local e tempo, determina incidências e prevalências de um fenômeno [14].

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital e Maternidade Dona íris, de caráter público municipal, situada em Goiânia, Goiás, referência em saúde materno-infantil na Região Centro-Oeste, compreende 17 municípios e conta com uma população de 2.149.204 habitantes. O Hospital e Maternidade Dona Iris tem capacidade de realizar 3,6 mil partos por ano, uma média de 300 por mês, e, representa a maternidade de referência do município e região metropolitana, oferecendo atendimento de ginecologia, obstetrícia, fonoaudiologia, psicólogos, serviço social e outros 15 . A coleta secundária de dados foi realizada na referida unidade de saúde entre os meses de janeiro a março de 2022. Incluiu-se na pesquisa prontuários de gestantes acima de 14 anos, de risco habitual, admitidas em trabalho de parto, com parto assistido por médico e/ou enfermeiro obstetra. Excluiu-se prontuários inconclusivos e pacientes que foram admitidas em período expulsivo.

Para este estudo foram consideradas as seguintes variáveis no processo de análise: idade (em anos); anos de estudo, status conjugal (vive com companheiro versus vive sem companheiro), desfecho perineal (laceração de 1º, 2º, 3º ou 4º grau), episiotomia (sim versus não), sutura perineal (sim versus não, utilizado instrumentos (vácuo versus fórceps), uso de indutores (ocitocina), posições de parto (vertical versus horizontal), peso fetal e Escore de APGAR. Em relação aos aspectos clínicos obstétricos serão analisadas as variáveis: realizou pré-natal (sim ou não), número de consultas de pré-natal, idade gestacional (em semanas) e gestação de alto risco (sim versus não). Os dados foram trabalhados com o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, para análise de frequência absoluta e relativa.

Por e tratar de coleta secundária de dados, houve dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa descritiva, com coleta de dados secundária. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Mater-

nidade Dona Iris, sob o número 5.610.634. e respeitou os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/2012 [16].

RESULTADOS

Analisou-se 347 mulheres submetidas a parto vaginal no período de janeiro a março de 2022. A prevalência de lesão perineal encontrada neste estudo foi de 46%, representando 159 mulheres. Do total de gestantes analisadas, 302 (87%) tinham idade entre 19 e 39 anos, em sua maioria multíparas, 200 (58%), e possuíam no parto idade gestacional a termo, maior que 37 semanas, correspondendo a 222 (64%).

A Tabela 1 apresenta a caracterização obstétrica de mulheres submetidas a parto vaginal.

Variáveis	N	%
Idade, anos		
14 - 18	38	11
19 - 29	230	66
30 - 39	73	21
40 - 45	6	2
Nº de consultas		
≤ 6	178	51
> 7	169	49
Paridade		
Primípara	146	42
Multípara	161	46
Grande multípara	40	12
Idade Gestacional, semanas		
< 34	13	4
≥ 34 – 36 sem 6 dias	28	8
≥ 37 – 39 sem 6 dias	222	64
≥ 40	84	24
Acompanhante		
Sim	345	99
Não	2	1

Tabela 1. Caracterização obstétrica de mulheres submetidas a parto vaginal, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 347)

Os Gráficos 1 apresentam a ocorrência de Lesão perineal em graus em mulheres submetidas a parto vaginal, respectivamente. Nesta amostra, 188 (54%) gestantes apresentaram períneo integro, seguido de 159 (46%) mulheres com de lesão perineal, a saber, primeiro grau em 86 (25%), segundo grau em 54 (16%) e terceiro e quarto grau em 8 (2%). A taxa de episiotomia deste estudo foi de 5%. Em relação a posição adotada no momento do parto, 254 (73%) assumiram posição semi-sentada, 46 (13%) decúbito lateral direito ou esquerdo, 28 (8%) adotaram cócoras e 19 (6%) preferiram posição de quatro-apoios ou gaskin

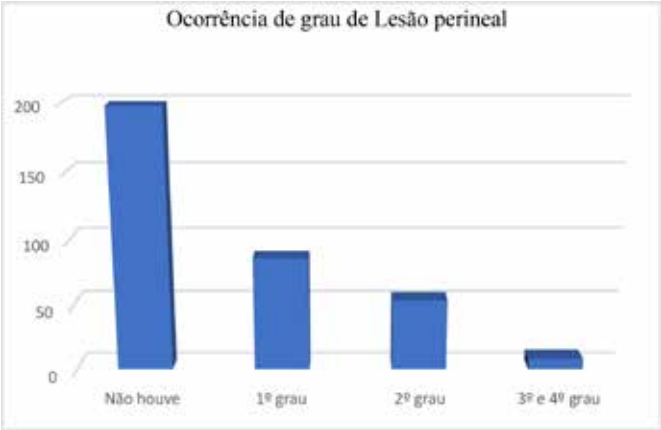


Gráfico 1. Ocorrência de laceração perineal em parto vaginal em graus, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 347).

A Tabela 2 apresenta a ocorrência de laceração em parto vaginal conforme a posição adotada no momento do parto.

Posição de parto	Lesão perineal	
	N	%
Semi-sentada		
Sim	120	35
Não	134	40
Cócoras		
Sim	13	3
Não	15	4
Lateral		
Sim	21	6
Não	25	7
Gaskin		
Sim	5	1
Não	14	4

Tabela 2. Ocorrência de laceração perineal em parto vaginal versus posição de parto vaginal, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 347).

As Tabelas 3 e 4 apresentam a ocorrência de laceração em parto vaginal conforme o peso fetal e uso de Ocitocina intraparto, respectivamente.

Peso fetal (gramas)	Lesão perineal	
	N	%
≤ 2500		
Sim	13	45
Não	16	55
2500 a 4000		
Sim	146	47
Não	168	54
≥ 4000		
Sim	3	75
Não	1	25

Tabela 3. Ocorrência de laceração perineal em parto vaginal versus peso fetal, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 347).

Ocitocina intraparto	Laceração perineal	
	N	%
Indução com ocitocina		
Sim	76	58
Não	56	42
Sem ocitocina		
Sim	83	39
Não	132	61

Tabela 4. Ocorrência de laceração perineal em parto vaginal versus uso de Ocitocina intraparto, Goiânia, Brasil, 2022 (n= 347).

DISCUSSÃO

Este estudo revelou uma prevalência de algum tipo de lesão perineal em 159 (46%) mulheres submetidas ao parto vaginal, predominando a faixa etária de 19 a 39 anos, que representa 87% da população estudada; uma pequena parcela (11%) possuíam 18 anos ou menos e vivenciavam gestação a termo, maior que 37 semanas.

No que tange ao perfil social e obstétrico das mulheres analisadas, o estudo transversal e quantitativo de Camargo et al [17] com 104 mulheres em um hospital público de Setúbal – Portugal, apontou prevalência da faixa etária acima dos 30 anos e gestantes primíparas. Rodrigues et al, 9 apontaram predominância de multíparas, com faixa etária compreendida entre 20-34 anos; assemelhando-se, portanto, aos achados nos resultados desta pesquisa, em que prevaleceu um maior percentual de multíparas; isto é, mulheres que engravidaram duas ou mais vezes. Além disso, houve prevalência de gestantes multíparas admitidas no termo, ou seja, com idade gestacional maior que 37 semanas, apresentando pré-natal adequado, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, com mais de 7 consultas em 49% das gestantes.

O pré-natal possibilita melhores resultados perinatais, sendo assim, corrobora para o empoderamento e informação da mulher sobre o processo de gestação e parto. Um pré-natal bem conduzido pode impactar em melhores resultados maternos e neonatais, como na ocorrência de lesão perineal, haja vista que a mulher tem a oportunidade de se preparar para o parto através de exercícios que reforçam o seu assoalho pélvico.

Foi observado neste estudo uma prevalência de 46% de lesões perineais, corroborando com o estudo transversal de Souza et al 18 realizado com primíparas de uma maternidade de Fortaleza-CE em que 159 (70,4%) mulheres sofreram traumas perineais durante o trabalho de parto.

Em relação as posições adotadas no parto, a maior frequência de lesão foi em gestantes que adotaram a posição semi-sentada, na qual a paciente permanece com o tronco elevado a 45° graus, pernas afastadas e fletidas e dorso sobre uma superfície rígida. Este dado assemelha-se à literatura de Rodrigues et al [9] que analisaram registros de partos vaginais entre os anos de 2017-2018, em um Centro de Parto Normal no município de São Paulo e evidenciaram um maior percentual de laceração perineal de primeiro grau em mulheres que assumiram a posição semi-sentada ou litotômica, atrelado a maior ocorrência da episiotomia nestes casos. Essa associação se deve ao fato de que a posição horizontal desfavorece a amplitude de abertura da pelve, o que aumenta a chance de lacerações, além de diminuir o ângulo de descida do feto durante a fase de expulsão5. Sobre a prática de episiotomia, neste estudo a taxa encontrada foi de 5%.

No presente estudo, a não ocorrência de grau de lesão perineal foi preponderante em grande parte das parturientes (198), seguida de 86 mulheres com lacerações de primeiro grau. Resultado semelhante ao encontrado na pesquisa de Lopes; Leister; Riesco [19], em que foram analisadas 415 mulheres, prevaleceu a lesão de primeiro grau em 257 (61,9 %) mulheres. Entretanto, o períneo íntegro esteve presente em apenas 49 (11,8 %) mulheres. À partir destes achados, entende-se que a assistência oferecida no local de estudo pela equipe obstétrica corrobora com as boas práticas de assistência ao parto, as quais estimulam a adoção de posições verticais durante o parto.

Estudos sobre lesão perineal em partos vaginais tem associado sua ocorrência ao uso de ocitocina sintética intraparto [20,21]. Os partos induzidos por ocitocina sintética apresentaram maior número de lacerações perineais nos resultados aqui descritos. Conforme Zukoff et al, 2019 que analisaram os registros de partos assistidos por enfermeiras obstétricas no ano de 2015, em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro; o uso de ocitocina intraparto propicia a evolução traumática grave no períneo, uma vez

que o medicamento pode causar uma hiper estimulação uterina, favorecendo uma rápida expulsão do feto, aumentando assim o risco de lesões graves.

Estudo sobre assistência obstétrica no Brasil, revelou que o uso de ocitocina é maior em mulheres de baixa escolaridade e usuárias do serviço público e merece atenção [7]. A ocitocina é um medicamento usado na prática obstétrica para corrigir a atividade uterina quando há falha no trabalho de parto, contudo, não deve ser usada de forma rotineira e indiscriminada [22]. Sendo assim, sugere-se o uso de forma restrita e individualizada.

Ao estudar as variáveis neonatais, neste estudo, observou-se um maior número de lesões em fetos com peso maior que 2.500 gramas. A literatura ainda é convergente sobre essa relação. Um estudo transversal e retrospectivo realizado em uma maternidade da cidade de Santa Maria-RS, a partir da análise de registros em prontuários eletrônicos dos partos ocorridos em 2018, não observou associação entre peso fetal e lesões no períneo; embora esta relação seja consolidada em diversas literaturas [22].

Outros eventos como distocia de ombro e puxo dirigido também são citados na literatura como fatores de risco para a lacerações no períneo. Todavia, a aplicação de técnicas como "mãos livres" ou "hands off", massagem e uso de compressas mornas na região do períneo contribuem para a integridade perineal, reduzindo as chances de lacerações de terceiro e quarto graus, que são consideradas mais graves [21].

Dentre as limitações deste estudo, está o fato de ser retrospectivo com dados oriundos de anotação de prontuário, o que poderia ocasionar vieses, pois, a coleta de dados depende da qualidade das anotações. Ainda, considera-se a possibilidade de viés as respostas das gestantes ao preencher o prontuário, bem como a presença de variáveis sem notas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os resultados encontrados neste estudo, permitem concluir que os traumas perineais devem ser tratados com importância pela assistência à parturiente, pois podem resultar em desfechos negativos para a mulher nos aspectos físicos, psíquicos, emocionais e sociais; com consequências a longo prazo.

É determinante que a abordagem e manejo dos profissionais de saúde na assistência às mulheres em trabalho de parto seja pautada no cuidado holístico e humanizado, trazendo a mulher como a principal condutora e protagonista do seu partejar, estimulando a autonomia e autoconfiança durante todo o processo. Essas ações podem ser fortalecidas durante a assistência pré-natal através da educação em saúde e acesso à informação. O cuidado centrado nestes pilares pode favorecer um maior bem-estar e conforto a essas mulheres, tornando sua experiência no parto vaginal satisfatória e não-traumática.

Os resultados deste estudo podem servir de subsídio para promover melhorias e adaptações na assistência materna; de modo a estimular os profissionais de saúde a encorajar as mulheres sobre seus direitos de escolha, estando as mesmas cientes e informadas de todos os riscos e benefícios. Este estudo pode ser relevante também para a implementação de ações e procedimentos que visem reduzir as estatísticas de morbidades e desfechos negativos durante à assistência ao parto.

REFERÊNCIA

1. ROCHA BD, et al. Posiciones verticales en el parto y prevención de laceraciones perineales, Rev Esc Enferm. USP. 2020;54::e03610.
2. OMS, 2018;
3. OMS, 2019
4. Montenegro CAB. Obstetrícia 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015
5. Mendes VMF, et al. Recurso à água morna no parto: prevenção do trauma perineal e incontinência urinária. [mestrado]. Porto: Escola Sup de Enfer do Porto. 2013. 99 p.
6. Barbosa MS. Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais., Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. 2018;8(8):72-80.
7. Leal MC, et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2014;30(1):S117- S127.
8. Leal MC, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cad. Saúde Pública. 2014;30:S17-S47.
9. Rodrigues KJD, et al. Fatores intervenientes no comportamento da musculatura perineal em parturientes de centro de parto normal. Rev enferm UFPE on line. 2021;15: e247891.
10. Braga GC, et al. Risk factors for episiotomy: a case-control study, Rev. Assoc. Med. Bras. 2014;60(5):465–472.
11. Elvander C. et al. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study, BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15(252).
12. Riesco MLG, et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2011;19(1):77-83.
13. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. Rev. Gaúcha Enferm. 2016;40(3)389–395.
14. Klein Ch, Block KV. Estudos Seccionais. In: Medronho RA, Block KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 193-194.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Brasília: MS, 2015a.
16. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
17. Camargo JCS, et al. Desfechos perineais e as variáveis associadas no parto na água e no parto fora da água: estudo transversal. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife. 2019;4:787-796.
18. Souza MRT, et al. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03549.
19. Lopes Ga, Leister N, Riesco Mlg. Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. Texto & Contexto Enfermagem, São Paulo. 2019;28:e20180168.
20. Tavares NVS, et al. Factors that influence the occurrence of perineal laceration in birth. Research, Society and Development. 2022;11(4):e33111425245.
21. Santos RJ, et al. Variables associated with perineal laceration during birth assistance. Research, Society and Development. 2022;11(9):e50811932138.
22. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego A. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e:2744, 2016.
23. Domenighi LHH, et al. Perineal Lacerations: A Retrospective Study in a Habitual-Risk Public Maternity. Rev Bras Ginecol Obstet., Santa Maria, v. 43, n. 8, p.588–594, 2021.

RELATO DE CASO DE UM MUTIRÃO PEDIÁTRICO DE ATENDIMENTO SEMIPRESENCIAL NA CIDADE DE SILVÂNIA-GOIÁS

CASE REPORT OF SEMI-PRESENCIAL PEDIATRIC CARE IN THE CITY OF SILVÂNIA - GOIÁS

GISELLE PULICE BARROS, MARCUS VINICIUS LOBO LOPES FILHO

RESUMO

Trata-se de um relato de caso de um mutirão em pediatria, de atendimento semipresencial, na cidade de Silvânia, localizada no Estado de Goiás, para demonstração do método de consultas semipresenciais criado pela startup médica medicou.net à população.

PALAVRAS CHAVE: SILVÂNIA. MEDICINA SEMIPRESENCIAL. GOIÁS. TELEMEDICINA. SUS.

ABSTRACT

This is a case report of a joint effort in pediatrics, with blended care, in the city of Silvânia, located in the State of Goiás, to demonstrate the method of blended consultations created by the medical startup medicou.net to the population.

KEYWORDS: SILVANIA. BLENDED MEDICINE. GOIÁS. TELEMEDICINE. SUS.

INTRODUÇÃO

Considerando a dificuldade de contratação de médicos e o alto custo para o deslocamento dos pacientes até centros distantes do nosso Estado, é sabido a grande dificuldade de muitos municípios goianos terem especialistas médicos no atendimento recorrente de sua população.

Por esse motivo, realizamos através da startup medicou.net um mutirão em ação com a ESF-1 de Silvânia, na área de pediatria, no dia 05 de julho de 2022.

MÉTODOS

No dia cinco de julho de 2022, no período vespertino, iniciou-se o atendimento médico em pediatria semipresencial.

Utilizamos de uma sala da ESF-1 da cidade para fazer a triagem e exame físico, através de uma tecnologia de medicina semipresencial pesquisada e implementada pela startup medicou.net.

Inicialmente o paciente entrava na triagem e era recebido pela enfermeira da equipe. O exame físico contemplava: medição de peso, de altura, pressão arterial, oximetria, otoscopia, oroscopia, rinoscopia, ausculta cardíaca, ausculta pulmonar e inspeção da pele do paciente.

Universidade Evangélica de Goiás

ENDEREÇO
GISELLE PULICE DE BARROS
Departamento de pediatria, Universidade UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

Imediatamente os dados eram mandados por software através da tecnologia e uma médica residente de pediatria, localizada na capital Goiânia, atendia os pacientes após análise do exame físico enviado.

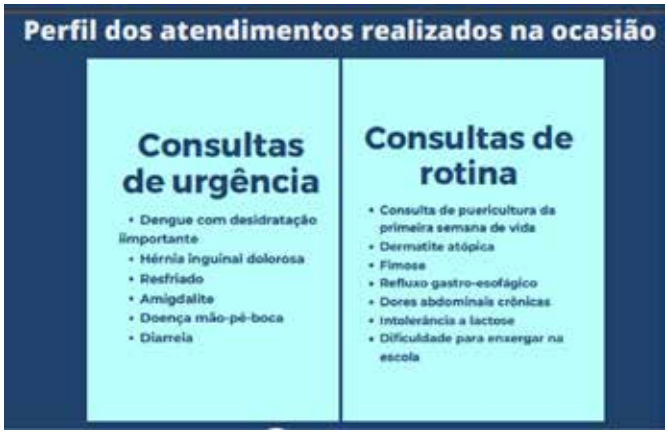
Ao terminar a consulta, realizava receituário digital, caso fosse necessário, e enviava ao e-mail do posto de saúde, que imprimia e entregava ao paciente.

RESULTADOS

Foram atendidas nesse mutirão oito crianças entre 12 dias de vida a 8 anos de idade, das quais 42.9% foram consultas rotinas, 35,7% consultas de urgência pediátrica e 21,4% consultas de puericultura.

Dentre os motivos de consulta de urgência, foram os seguintes diagnósticos: Dengue com desidratação, Hérnia inguinal dolorosa, Resfriado, Amigdalite, Doença mão-pé--boca e diarreia.

Já nas consultas de rotina, foram conduzidos os seguintes diagnósticos: Dermatite atópica, Fimose, Refluxo gastresofágico, Dores abdominais crônicas, Intolerância a lactose e dificuldade para enxergar na escola.



Em relação ao feedback dos pacientes e responsáveis, houve 100% de mensagens escritas positivas. Todas as oito famílias nunca tinham sido atendidas por telemedicina ou medicina semipresencial, e disseram adorar a experiência.

DISCUSSÃO

Com o excelente aproveitamento do mutirão na cidade, torna-se evidente a resolutividade em atendimento de rotina e também de consultas de urgência com potencial gravidade, com diagnóstico e tratamento dos pacientes atendidos.

Também é importante perceber a redução do custo da medicina semipresencial comparado à transferência de pacientes para grandes centros ou ida do profissional especialista à cidade.

Um resultado muito surpreendente foi a aceitação popular. Todas as famílias nunca tinham sido atendidos pela medicina híbrida ou mesmo pela telemedicina tradicional. Os pais relataram qualidade nos atendimentos, desde a triagem, exame físico até a consulta médica.

CONCLUSÃO

Este trabalho evidencia a atuação da medicina semipresencial em Silvânia com sucesso, podendo se estender aos demais municípios do Estado como forte aliado na melhoria da oferta de médicos especialistas.

REFERÊNCIAS

1. Pierce BS, Perrin PB, Dow AW, Dautovich ND, Rybarczyk BD, Mishra VK. Changes in physician telemedicine use during COVID-19: Effects of practice setting, demographics, training, and organizational policies. Int J Environ Res Public Health 2021;18:1–11. https://doi.org/10.3390/ijerph18199963.
2. Bhaskar S, Bradley S, Chattu VK, Adisesh A, Nurtazina A, Kyrykbayeva S, et al. Telemedicine Across the Globe-Position Paper From the COVID-19 Pandemic Health System Resilience PROGRAM (REPROGRAM) International Consortium (Part 1). Front Public Heal 2020;8:1–15. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.556720.
3. Andrade R, Savaris A, Walz R. Telediagnóstico Para Eletroencefalografia Em Santa Catarina. XV Congr. Bras. em Informática em Saúde – CBIS, 2016, p. 1089–99.
4. Giuliano I de CB, Barcellos Junior CL, von Wangenheim A, Coutinho MSS de A. Emissão de laudos eletrocardiográficos a distância: experiência da rede catarinense de telemedicina. Arq Bras Cardiol 2012;99:1023–30. https://doi.org/10.1590/s0066-782x2012005000094.

ANEURISMA CORONARIANO: RELATO DE CASO

CORONARY ANEURYSM: CASE REPORT

PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA, MARCO AURÉLIO DOS SANTOS CORDEIRO, PAULO HENRIQUE RODRIGUES

RESUMO

Introdução: Os aneurismas arteriais verdadeiros apresentam-se como dilatações focais maiores que 1,5 vezes o diâmetro normal do vaso, isso por conta da degeneração da elastina e do colágeno na camada média da parede arterial. A incidência dessa condição é baixa na população geral, podendo variar entre 0,2 a 5%. Objetivo: Apresentar um caso de uma paciente do sexo feminino, idosa, diagnosticada com aneurisma coronariano. Metodologia: Trata-se de um relato de caso, com coleta de dados retrospectiva, no prontuário da paciente selecionada. Foi incluída uma paciente com diagnóstico de aneurisma coronariano. Foram coletadas informações sociodemográficas, clínicas, exames realizados, terapêutica de escolha e desfecho. A estratégia de busca de artigos para revisão bibliográfica foi realizada com o auxílio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, PubMed e Scopus. O estudo seguiu as diretrizes éticas para desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, em especial o que é preconizado na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Conclusão: O relato do presente caso contribuiu para evidenciar a apresentação clínica de um aneurisma coronariano em uma paciente idosa do sexo feminino, além de ter demonstrado os possíveis fatores de riscos associados a essa condição, bem como o método de diagnóstico e tratamento proposto.

PALAVRAS CHAVE: ANEURISMA. CORONARIANO. ECTASIA. FATOR DE RISCO. TRATAMENTO CIRÚRGICO.

ABSTRACT

Introduction: True arterial aneurysms present as focal dilations greater than 1.5 times the normal diameter of the vessel due to elastin and collagen degeneration in the media layer of the arterial wall. The incidence of this condition is low in the general population, ranging from 0.2 to 5%. Objective: To present a case of an elderly female patient diagnosed with coronary aneurysm. Methodology: This is a case report, with retrospective data collection, from the medical record of the selected patient. A patient with a diagnosis of coronary aneurysm was included. Sociodemographic and clinical information, examinations performed, the chosen therapy and the outcome were collected. The search strategy for articles for the bibliographic review was carried out with the help of the Virtual Health Library (VHL), LILACS, PubMed and Scopus. The study followed the ethical guidelines for the development of research with human beings, in particular what is recommended in resolution 466/2012 of the National Health Council. Conclusion: The report of the present case contributed to highlight the clinical presentation of a coronary aneurysm in an elderly female patient, in addition to demonstrating the possible risk factors associated with this condition, as well as the diagnostic method and standard treatment.

KEYWORDS: ANEURYSM. CORONARY. ECTASIA. RISK FACTOR. HOSPITAL TREATMENT.

INTRODUÇÃO

Os aneurismas arteriais apresentam-se como dilatações focais maiores que 1,5 vezes o diâmetro normal do vaso, por conta da degeneração da elastina e do colágeno na camada média da parede arterial. A incidência dessa condição é baixa na população geral, podendo variar entre 0,2 e 5% [18,2,4].

Os aneurismas podem ser classificados como saculares ou fusiformes. Sacular refere-se a uma protuberância assimétrica focal da parede arterial com o restante da circunferência do vaso não afetado. Aneurismas fusiformes são alargamentos completamente circunferenciais da parede do vaso. Raramente ocorrem aneurismas envolvendo sítios incomuns, como as artérias ilíaca, femoral, poplítea, mesentérica superior e pulmonar. [21]

Na maioria dos casos os pacientes portadores de aneurismas de artérias coronárias têm apresentação clínica assintomática, sendo o diagnóstico realizado a partir de um achado incidental durante exames de imagem. Nos casos sintomáticos, essa condição pode apresentar-se como síndromes coronarianas agudas ou assumir outras condições, como aneurismas de aorta ascendente ou de

Universidade Evangélica de Goiás

ENDEREÇO
PAULO HENRIQUE DE OLIVEIRA
Rua av 7 quadra 13 lote 16
Residencial Anaville, Anápolis - GO
Email: pholiveira.med@gmail.com

tronco pulmonar, cistos pericárdicos, tumores cardíacos e timomas. [2,23,4]

A ectasia de artéria coronária (EAC) é um fenótipo raro de doença cardiovascular que pode promover trombose e respostas inflamatórias levando ao infarto do miocárdio devido à dilatação anormal dos vasos sanguíneos e distúrbios do fluxo sanguíneo coronariano. [7,12] O infarto agudo do miocárdio é um tipo específico de doença arterial coronariana causada pela ruptura de placas ateroscleróticas coronarianas. [7]

A EAC é uma manifestação rara de doença coronariana. A causa mais comum de EAC é a aterosclerose, áreas localizadas de calcificação e fibrose e a presença de grandes cristais de colesterol, que reduzem a elasticidade da parede do vaso sanguíneo e reduzem sua tolerância à pressão sanguínea intraluminal, o que leva à expansão da vasos sanguíneos e posterior formação de aneurismas. [7,12,20]

A patogênese do aneurisma coronário ainda não é bem compreendida, porém, acredita-se que além da suscetibilidade genética e da associação com doença aterosclerótica, existem outras etiologias associadas como Kawasaki, Marfan, pós-infecciosa e latrogênica após manipulação intracoronária. Há evidências na literatura que demonstram também associação desta condição com a disfunção microvascular, causando isquemia miocárdica mesmo sem estenose significativa. Desta forma, observa-se que aneurisma coronário pode ter como primeira manifestação a síndrome coronariana aguda, podendo este também ser um diagnóstico diferenciado de infarto do miocárdio com artérias coronárias não obstrutivas (MINOCA, sigla em inglês). [23,6,29]

A angiografia coronária continua sendo o melhor método para identificação de aneurismas de artéria coronária. Essa fornece informações sobre localização, tamanho e forma do aneurisma, mas visualiza apenas o lúmen do vaso, contribuindo assim para que o tamanho real deste seja subestimado. O ultrassom intravascular corrige essas limitações, fornecendo imagens transmurais e informações sobre a estrutura da parede e composição luminal. A angiografia coronariana por tomografia computadorizada fornece informações rápidas sobre a localização, forma, tamanho e composição da parede dos aneurismas de artéria coronária, mas essa deve ser usada mais para o acompanhamento do paciente. [22,13]

Ainda não há um consenso para o tratamento médico desta doença. Com base em sua semelhança mecanicista com a síndrome de Loey's-Deitz, alguns estudos têm sugeriram betabloqueadores e Bloqueadores dos receptores da angiotensina para prevenção de eventos arteriais. [21]

Para o tratamento de eventos relacionados a aterosclerose são indicados a cessação do tabagismo, terapia com estatinas, controle da hipertensão, correção cirúrgica. Na síndrome de Aneurisma-Osteoartrite são indicados o controle da dor artrítica, reparo cirúrgico eletivo precoce de aneurisma. [21]

Para o tratamento de doença de Kawasaki são indicadas aspirina, imunoglobulinas IV, reparo cirúrgico. Para tratamento de poliarterite nodosa são indicados esteróides, medicamentos modificadores do sistema imunológico, como azatioprina ou ciclofosfamida e no tratamento de aneurismas Infecciosos são indicados antibióticos e reparação cirúrgica de emergência. [21]

Diante do exposto, o presente estudo irá apresentar um caso de uma paciente do sexo feminino, idosa, diagnosticada com aneurisma coronariano.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso, com coleta de dados retrospectiva, no prontuário da paciente selecionada. Foi incluída uma paciente com diagnóstico de aneurisma coronariano. Foram coletadas informações sociodemográficas, clínicas, de exames realizados, a terapêutica de escolha e desfecho. A estratégia de busca de artigos para revisão bibliográfica foi realizada com o auxílio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, PubMed e Scopus.

O estudo seguiu as diretrizes éticas para desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, em especial o que é preconizado na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 66 anos, admitida na cardiologia do Hospital do Hospital Evangélico Goiano, em maio de 2022, com quadro de dor torácica típica, de forte intensidade, com duração superior a 12h (delta T tardio), com irradiação para região cervical e membro superior esquerdo.

Paciente relata que a dor em questão foi desencadeada ao esforço, relacionando-se também com náuseas e vômitos associados. No histórico pregresso se identificavam hipertensão arterial, hipotireoidismo, ex-tabagismo e doença arterial coronariana (Infarto Agudo do Miocárdio em 2012). Seguia em uso de atenolol, sinvastatina, amiodarona 100mg, losartana e ácido acetilsalicílico.

Ao exame físico encontrava-se com dor torácica, taquipneia (FR 28 irpm), hipotensa (PA: 80/60 mmHg), estertores crepitantes nos terços inferiores de ambos os hemitórax, ritmo cardíaco regular, sem presença de B3, bulhas hipofonéticas e abdome normotenso com ruídos hidroaéreos presentes.

Foi realizado protocolo de dor torácica da unidade hospitalar em questão, em que se evidenciou ao eletrocardiograma supradesnivelamento do seguimento ST, em território de parede inferior. Foi submetida a um cateterismo cardíaco, que evidenciou: coronária direita dominante, com ectasia difusa (tendo como hipótese diagnóstica um aneurisma), seguida de oclusão no terço médio com alta carga de trombos. Leito distal se enche por heterocolaterais (leito distal difusamente comprometido) (Figura 1).

Tronco coronário esquerdo, calibroso e sem obstrução. Artéria Descendente Anterior com ectasia no terço proximal seguida de dilatação aneurismática no 1/3 médio (Figura 1). Artéria Diagonal sem obstrução. A artéria Circunflexa não demonstrou lesões obstrutivas.

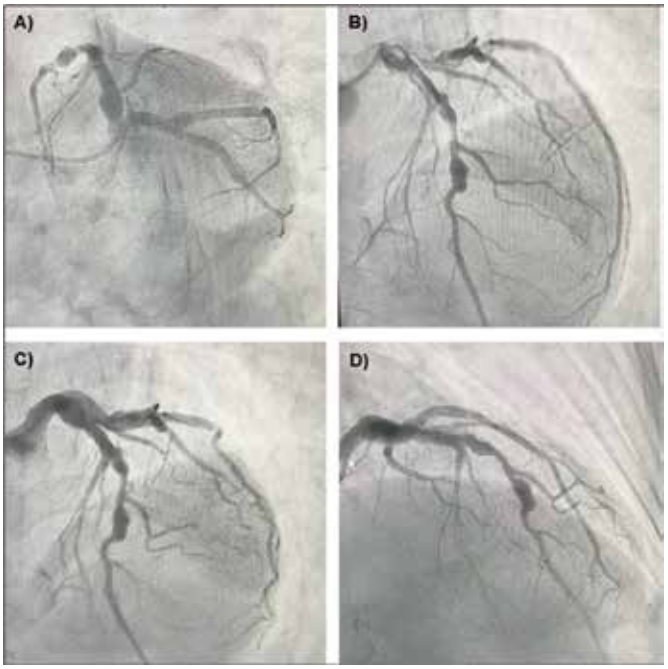


Figura 1: Cateterismo cardíaco

Quanto à avaliação ventricular esquerda, foi demonstrado volume normal, acinesia infero-basal e inferior, sem gradiente ventricular esquerdo -Ao. A válvula mitral não permite refluxo para átrio esquerdo. Não realizado angioplastia. Foram instituídos tratamentos otimizados, para Síndrome Coronariana Aguda, com consequente screening reumatológico/autoimune para as alterações evidenciadas no cateterismo em questão.

Paciente evoluiu em Unidade Intensiva Coronariana (UCO) da instituição, em regular estado geral, lúcida e orientada, hemodinamicamente estável, sem necessidade de uso drogas/aminas vasoativas, eupneica em ar ambiente. Febril, sem necessidade de uso de antibioticoterapia.

DISCUSSÃO

Os aneurismas ocorrem tipicamente na aorta e raramente são encontrados nas artérias sistêmicas. Para a aorta em homens ou em mulheres, artérias femorais e poplíteas, os diâmetros que requerem intervenção cirúrgica são de 5,5, 5,0, 2,5 e 2,0 cm, respectivamente. [21,9,17]

A ectasia da artéria coronária (EAC) é uma condição relativamente rara, principalmente quando envolve o tronco da coronária esquerda. Além disso, é ainda mais incomum que esse processo patológico envolva múltiplas artérias coronárias. [3,12,7,25]

A artéria coronária direita é a mais comumente acometida em até 85% dos casos de aneurisma, seguida pela circunflexa esquerda e pela artéria coronária descendente anterior (com até 32% de ocorrência de aneurisma). Já o envolvimento do tronco da coronária esquerda é extremamente raro (0,1% da população). A incidência de EAC pode variar entre 0,3% a 5,3% (média de 1,65%). Sendo os homens mais acometidos do que as mulheres (2,2% vs. 0,5%). A ectasia da artéria coronária pode ser classificada em tipo I (Ectasia difusa de dois ou mais vasos); tipo II (Ectasia difusa em um vaso e doença localizada em outro vaso); tipo II (Ectasia difusa em apenas um vaso); e tipo IV (Envolvimento localizado ou segmentar). [22,13,12]

Na classificação da dilatação da artéria coronária com base na forma ou estrutura bruta, a secular tem o diâmetro transversal é maior que a dimensão longitudinal e a fusiforme a dimensão longitudinal é maior que o diâmetro transversal. [22,13,12]

Na classificação da dilatação da artéria coronária com base na composição da parede do vaso, no aneurisma verdadeiro a parede do vaso é composta por três camadas: adventícia, média e íntima, já no pseudoaneurisma a parede do vaso é composta por uma ou duas camadas. Com base no tamanho, aneurisma gigante (adultos) estão entre > 20-150 mm de diâmetro e aneurisma gigante (crianças) são maiores que 8 mm de diâmetro. [22,13,12]

A etiologia do aneurisma da artéria coronária varia dependendo da idade, comorbidades e até mesmo da área geográfica. A etiologia geralmente determina a apresentação e o tratamento. [3,13,21]

A ECA é frequentemente observada em associação com doença aterosclerótica secundária ao tabagismo, hiperlipidemia e hipertensão não controlada, que compreende quase metade dos casos relatados. Os demais casos de EAC são secundários a uma sequela de tecido conjuntivo ou distúrbios coronarianos vasculíticos (síndrome de Ehlers-Danlos, esclerodermia, vasculites relacionadas a anticorpos citoplasmáticos de neutrófilos, aortite sifilítica e doença de Kawasaki). Além disso, pacientes com EAC podem ter desfechos piores do que a população em geral quando apresentam sinais e sintomas compatíveis com síndromes coronarianas agudas. [13,7,12,21,9]

A aterosclerose é responsável por metade das ECAs no Ocidente, seguida pelos aneurismas congênitos (17%) e infecciosos (10%). A doença de Kawasaki é a causa dominante de EAC no Japão. Distúrbios inflamatórios e doenças do tecido conjuntivo geralmente estão associados a ectasias e são mais frequentes em pacientes mais jovens. [13,7,12,21,9]

As causas iatrogênicas incluem trauma decorrente da pressão de insuflação do balão, intervenção no infarto agudo do miocárdio, uso de anti-inflamatórios não esteroides, esteroides e anti-inflamatório colchicina, que podem

causar cicatrização inadequada. A cocaína pode causar hipertensão grave e vasoconstrição, danificando o endotélio e promovendo a formação de ACE. [22,13]

Desta forma, observa-se que os principais fatores de risco para o desenvolvimento de aneurismas da aorta torácica são hipertensão, tabagismo e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Não obstante, as complicações aórticas são influenciadas por estes fatores de risco, como no caso de hipertensão tem forte associação com a dissecção aguda da aorta, além disso, idade avançada, histórico de tabagismo, hipertensão e aterosclerose grave contribuem para dilatações da aorta ascendente, sendo a idade o preditor mais importante de dilatação. [19,5,15,14]

No histórico pregresso da paciente que teve o caso relatado identificou-se que essa tinha hipertensão arterial, hipotireoidismo, doença arterial coronariana (Infarto Agudo do Miocárdio em 2012) e era Ex-tabagista. Na literatura observa-se que o A ectasia da artéria coronária é frequentemente associada com doença aterosclerótica secundária ao tabagismo, hiperlipidemia e hipertensão não controlada, que compreende quase 50% dos casos relatados. [14,12,21,17]

O ECA pode ser diagnosticada por técnicas não invasivas e invasivas, como ecocardiografia, Tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e angiografia coronária. A angiografia coronária é o padrão-ouro para fornecer informações sobre o tamanho, forma e localização e também é útil para planejar a estratégia de ressecção cirúrgica. A história natural e o prognóstico permanecem obscuros. Contudo, essa é invasiva com riscos associados, além de ser cara e o tamanho real dos aneurismas coronarianos podem ser subestimados se estes contiverem uma quantidade substancial de trombo. [19,22]

Entre as modalidades não invasivas, a TC coronárias é uma alternativa à angiografia coronária invasiva que pode ser sugerida como técnica de escolha para o acompanhamento de pacientes com ECA devido às melhorias em termos de dose de radiação com os protocolos atuais. No entanto, essa modalidade pode ter limitações na demonstração de coágulos ou trombos dentro do vaso, no delineamento da parte distal das artérias coronárias e na simulação de um grande aneurisma coronariano como uma massa não homogênea por causa da turbulência do sangue dentro dele. [19,22]

A angiografia por ressonância magnética coronária é outra técnica não invasiva, também evita grande dose de radiação associada à TC coronária. No entanto, essa modalidade tem suas limitações; não está disponível em todos os centros médicos, tem resolução espacial inferior em comparação com a angio-TC coronariana e não mostra as calcificações periféricas lineares características da ECA, que são essenciais para o diagnóstico correto. [19,22]

O ultrassom intravascular tem se tornado a nova técnica "padrão ouro" por produzir imagens transluminais das artérias coronárias, incluindo informações sobre a composição do lúmen e a estrutura da parede arterial. Este método é muito útil para diferenciar aneurismas verdadeiros de falsos causados por ruptura da placa. [19,22]

Ainda não foi evidenciado na literatura nenhuma característica clínica distintiva de ECA. Porém, dor torácica, sugestiva de angina estável, é a apresentação mais frequente em pacientes com essa condição (como também observado na paciente que teve o caso aqui relatado). Além disso, os pacientes com essa condição podem apresentar infarto do miocárdio com elevação do segmento ST, infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, morte súbita cardíaca ou complicações como formação de trombo, embolização, formação de fístula, ruptura, hemopericárdio, tamponamento, compressão de estruturas circundantes ou insuficiência cardíaca congestiva. [22]

No geral, o manejo do ECA ainda representa um desafio significativo devido à escassez de evidências que apoiem uma estratégia de tratamento específica. O tratamento da EAC continua sendo uma questão clínica difícil e a decisão da terapia deve ser individualizada, levando em conta os fatores de risco anatômicos e clínicos de cada paciente. [12]

Não obstante, qualquer aneurisma sintomático ou complicado deve ser tratado cirurgicamente, independentemente do tamanho. A terapia médica para todos os aneurismas arteriais depende fortemente do diagnóstico preciso e da classificação etiológica. [21]

O manejo cirúrgico é obrigatório em pacientes sintomáticos com doença arterial coronariana obstrutiva ou evidência de embolização levando a isquemia miocárdica e em pacientes com aneurisma coronariano com risco de ruptura. Várias estratégias cirúrgicas já foram descritas na literatura, incluindo ressecção, ligadura do aneurisma, marsupialização com enxerto de interposição e cirurgia de revascularização do miocárdio. [19,22,13,12,21]

Em pacientes sintomáticos inadequados para intervenção coronária percutânea, a excisão cirúrgica ou ligadura de ECA combinada com enxerto de bypass das artérias coronárias afetadas é a opção de escolha. Não obstante, a abordagem cirúrgica é considerada mais segura e confiável para o reparo de um ECA/pseudoaneurisma. A terapia percutânea inclui colocação de stent e/ou enrolamento. [19,22,13,12,21]

As indicações para o tratamento cirúrgico da ECA em geral são:

- Doença arterial coronariana grave;
- ECA perto da bifurcação de grandes ramos;
- Evidência de embolia do aneurisma para o leito coronariano distal resultando em isquemia miocárdica;
- Aumento progressivo de um ECA documentado por medidas angiográficas seriadas;
- Complicações como formação de fístula;
- Compressão das câmaras cardíacas;
- ECA gigante (dilatação excedendo o diâmetro do

vaso de referência em > quatro vezes).

A ECA pode complicar em cerca de 4% das intervenções coronárias. A patogênese sugerida da formação de aneurismas relacionados ao stent é multifatorial. Na literatura foi observado em um estudo de seguimento de seis anos que a taxa de mortalidade pós-tratamento pode chegar até 4,3% dos casos. [25]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Coronária direita dominante com ectasia difusa é uma condição incomum, mas que tem como fatores de riscos associados ao desenvolvimento de aneurismas da aorta torácica a hipertensão, tabagismo e doença pulmonar obstrutiva crônica. Além disso, as complicações aórticas são influenciadas por estes fatores de risco. Hipertensão e idade avançada são os fatores de risco que contribuem com maior número de complicações nesta condição.

Em nossa instituição a paciente foi diagnosticada através de cateterismo cardíaco, seguindo o protocolo institucional, contudo, a literatura tem recomendado como método diagnóstico o ultrassom intravascular por este produzir informações sobre a composição do lúmen e a estrutura da parede arterial, além de ser invasivo.

Em pacientes assintomáticos com aneurismas e aqueles que se aproximam do limiar para intervenção cirúrgica, a imagem deve ser realizada a cada seis meses até que o limiar cirúrgico seja atingido ou as dimensões permaneçam estáveis. Porém, independentemente das dimensões aórticas, os pacientes sintomáticos devem ser encaminhados para cirurgia.

Ainda não está bem definido na literatura o manejo cirúrgico adequado, na paciente que teve o caso relatado foram instituídos tratamentos otimizados, para Síndrome Coronariana Aguda, com consequente screening reumatológico/auto-imune para as alterações evidenciadas no cateterismo em questão. Contudo, na literatura tem sido indicadas várias estratégias cirúrgicas, incluindo ressecção, ligadura do aneurisma, marsupialização com enxerto de interposição e cirurgia de revascularização do miocárdio, porém, a terapia médica para todos os aneurismas arteriais depende fortemente do diagnóstico preciso e da classificação etiológica, além é claro, dos protocolos preconizados por cada instituição.

E por fim, a paciente teve boa evolução, seguindo internada na Unidade Intensiva Coronariana, sem necessidade de uso drogas/aminas vasoativas. O que se observa na literatura é que há uma baixa taxa de complicações da ectasia da artéria coronária e também há uma baixa taxa de mortalidade pós-tratamento, podendo chegar até 4,3% dos casos, por isso é importante um acompanhamento regular após a alta hospitalar.

Desta forma, o relato do presente caso contribuiu para evidenciar a apresentação clínica de um aneurisma coronariano em uma paciente idosa do sexo feminino, além de ter demonstrado os possíveis fatores de riscos associados a essa condição, bem como o método diagnóstico e tratamento proposto.

REFERÊNCIAS

1. ALCAÍNO, ; LAMA, ; PEREIRA,. Aneurisma coronario secundario a enfermedad de Kawasaki en paciente adulto. Caso Clínico. Rev. méd., v. 149, n. 5, p. 803-806, 2021.
2. CAFFARO, C. D. F. C. et al. Múltiplos aneurismas coronarianos em pacientes com síndrome coronariana aguda. Rev. bras. cardiol. , v. 25, n. 5, p. 406-409, 2012.
3. DAMAY, ; PRANATA, ; WIHARJA,. Recurrent acute coronary syndrome in a patient with right coronary artery ectasia: a case report. J Med Case Rep., v. 13, n. 1, p. e78, 2019.
4. EURIPEDES, L. V. et al. Aneurisma coronário tardiamente adquirido após implante de stents farmacológicos da nova geração. Avaliação com angiografia seriada e tomografia de coerência óptica. J. Transcatheter Interv, v. 30, n. 1, p. 7-8, 2022.
5. FUKUHARA, et al. Threshold for intervention upon ascending aortic aneurysms: an evolving target and implication of bicuspid aortic valve. Indian J Thorac Cardiovasc Surg., v. 35, n. 2, p. 96–105, 2019.
6. GENARO, S. S. et al. Síndrome coronariana aguda como primeira manifestação de múltiplos aneurismas em arterias coronárias: relato de caso. Colloquium Vitae, v. 13, n. 3, 2021.
7. HAN, ; YAN, B. Three novel ATG16L1 mutations in a patient with acute myocardial infarction and coronary artery ectasia. Medicine (Baltimore)., v. 100, n. 4, p. e24497, 2021.
8. JIANG, L.-C.; CAO, J.-Y.; CHEN,. Coronary artery aneurysm combined with other multiple aneurysms at multiple locations. Medicine (Baltimore)., v. 95, n. 50, p. e9230, 2017.
9. KASHYAP, et al. Coronary artery aneurysm, ectasia and stenosis in a 53-year-old man with HIV infection. J Surg Case Rep., v. 1, n. 3, p. rjac056, 2022.
10. KIM, et al. Quantitative evaluation and comparison of coronary artery characteristics by 3D coronary volume reconstruction. Sci Rep., v. 11, n. 1, p. e1170, 2021.
11. LOSENNO, K. L.; GOODMAN, R. L.; CHU, M. W. A. Bicuspid Aortic Valve Disease and Ascending Aortic Aneurysms: Gaps in Knowledge. Cardiol Res Pract., v. 1, n. 1, p. e145202, 2012.
12. MADKOUR, ; HU,. Multi-Vessel Coronary Artery Ectasia. Cureus., v. 13, n. 7, p. e16584, 2021.
13. MALYSHEV, et al. Giant Left Main Coronary Artery Aneurysm Presenting as Multiple Implantable Cardioverter Defibrillator Shocks. Cureus., v. 12, n. 4, p. e7653, 2020.
14. MANI, ; REYALDEEN, ; XU,. Multimodality imaging assessment of bicuspid aortic valve disease, thoracic aortic ectasia, and thoracic aortic aneurysmal disease. Cardiovasc Diagn Ther., v. 11, n. 3, p. 896–910, 2021.
15. MENDONÇA, R. V. et al. Manejo de pacientes com aneurisma de aorta torácica: uma revisão bibliográfica/Manejo de pacientes com aneurisma de aorta torácica: uma revisão de literatura. Braz. J. Hea. Rev, v. 3, n. 6, p. 15726-15737, 2020.
16. MOREIRA, E. C. V. et al. Síndrome coronariana aguda como primeira manifestação de múltiplos aneurismas em arterias coronárias: relato de caso. Colloquium Vitae, v. 13, n. 3, p. 8-12, 2021.
17. PARADA, C. A. et al. Somatic Mosaicism of a PDGFRB Activating Variant in Aneurysms of the Intracranial, Coronary, Aortic, and Radial Artery Vascular Beds. Am Heart Assoc., v. 11, n. 4, p. e024289, 2022.
18. RAMOS-FILHO, et al. Aneurisma do tronco da artéria coronária esquerda. Rev. Bras. Cardiol. Invasiva, v. 16, n. 1, p. 239-241, 2008.
19. SALIBA, ; SIA,. The ascending aortic aneurysm: When to intervene? Int J Cardiol Heart Vasc., v. 6, n. 1, p. 91–100, 2015.
20. SANTOS, P. H. et al. Calcificação coronariana em pacientes hipertensos e não hipertensos. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 6, p. 22851-22858, 2022.
21. SCHILL, C. N. et al. Differential Diagnosis of Multiple Systemic Aneurysms. Cureus., v. 14, n. 10, p. e30043, 2022.
22. SHEIKH, A. S. et al. Coronary Artery Aneurysm: Evaluation, Prognosis, and Proposed Treatment Strategies. Heart Views., v. 20, n. 3, p. 101–108, 2019.
23. TAMBELLI, G. et al. Infarto agudo do miocárdio associado a aneurisma de artéria coronária em paciente idosa. Rev. Soc. Cardiol., v. 13, n. 2, p. 178-178, 2021.
24. VIDAL, M. L. et al. Minoca: um diagnóstico desafiador. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 3, p. 11174-11185, 2022.
25. WILLNER, N. A. et al. Coronary artery ectasia: prevalence, angiographic characteristics and clinical outcome. Open Heart., v. 7, n. 1, p. e001096, 2020.

CÂNCER DE MAMA MULTIFOCAL, MULTICÊNTRICO E BILATERAL

MULTIFOCAL, MULTICENTRIC BREAST CANCER AND BILATERAL

HAILA CRISTINA DO RÊGO SILVA[1], DANIELA DOS SANTOS ANJOS[1], ISABELLA VICTÓRIA SILVA PEREIRA[1], ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA[1], IZADORA CAIADO OLIVEIRA[1], IZABEL JAKELINE MORAIS LIMA MOREIRA[2], SAMIR ANTÔNIO MADI FILHO[2], JOÃO BOSCO MACHADO DA SILVEIRA[3], JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA[1]

RESUMO

Objetivo: O seguinte trabalho tem o objetivo de esclarecer as diferenças entre câncer de mama multifocal, multicêntrico e bilateral, bem como elucidar os fatores de risco, métodos diagnósticos e melhores tratamentos para essa condição que afeta mulheres no mundo todo. Resultados: A literatura mostra que no diagnóstico de tumores múltiplos, seja multifocal ou multicêntrico, a utilização de mamografia em conjunto com a ultrassonografia e a ressonância magnética tem quase 100% de precisão. Quanto ao tratamento, mastectomias conservadoras e reconstruções mamárias com retalhos locorregionais ou implantes são indicadas. No que tange ao câncer de mama bilateral, o diagnóstico é inicialmente feito durante a palpação e depois por exames de imagem. Em relação ao tratamento, atualmente pode-se realizar cirurgia conservadora da mama associada a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia sem prejuízo às pacientes quando comparado ao tratamento clássico de mastectomia bilateral. Conclusão: A evolução da ciência e das técnicas de diagnóstico de imagem, fornecem, nos dias de hoje, diagnósticos mais precisos e melhores tratamentos que garantem uma qualidade de vida mais adequada às pacientes com câncer de mama.

PALAVRAS CHAVE:CÂNCER DE MAMA, MULTIFOCAL, MULTICÊNTRICO, BILATERAL.

ABSTRACT

The following work aims to clarify the differences between multifocal, multicentric and bilateral breast cancer, as well as to elucidate the risk factors, diagnostic methods and better treatments for this condition that affects women worldwide. Results: The literature shows that in the diagnosis of multiple tumors, whether multifocal or multicentric, the use of mammography in conjunction with ultrasonography and magnetic resonance has almost 100% accuracy. Regarding treatment, conservative mastectomies and breast reconstructions with locoregional flaps or implants are indicated. With regard to bilateral breast cancer, the diagnosis is initially made during palpation and then by imaging tests. Regarding treatment, breast-conserving surgery associated with chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy can currently be performed without harm to patients when compared to the classic treatment of bilateral mastectomy. Conclusion: The evolution of science and imaging diagnostic techniques allow, nowadays, more accurate diagnoses and better treatments that guarantee a more adequate quality of life for patients with breast cancer.

KEYWORDS: BREAST CANCER, MULTIFOCAL, MULTICENTRIC, BILATERAL.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico da radiologia mamária e a introdução da ressonância magnética no planejamento terapêutico, aumentou a detecção de tumores multicêntricos e multifocais não previamente detectados. Define-se como multifocalidade a presença de dois ou mais focos tumorais, sincrônicos, no mesmo quadrante, e quando em quadrantes diferentes, na mesma mama, denomina-se como multicentricidade. A incidência desses tumores varia entre 13% e 70% em diversos estudos realizados. A AJCC (American Joint Committee on Cancer) e a UICC (International Union Against Cancer) orientam que os tumores multicêntricos e multifocais sejam estadiados de acordo com o diâmetro do maior tumor1.

O carcinoma de mama bilateral sincrônico é definido como a presença simultânea de dois tumores primários no diagnóstico. Também podem ser considerados sincrônicos os que são detectados até os primeiros 12 meses do diagnóstico do primeiro tumor; e, são chamados metacrônicos aqueles descobertos após esse período. Não

1 - Universidade Federal de Goiás (UFG).
2 - Maternidade Aristina Cândida de Senador Canedo de Goiás.
3 - Academia Brasileira de Mastologia.

ENDEREÇO
HAILA CRISTINA DO RÊGO SILVA
Rua 227-A, 145 – Setor Leste Universitário
Goiânia – GO, 7461-055

há consenso acerca da origem de uma neoplasia mamária sincrônica, podendo a mesma ser metástase de uma lesão primária ou um segundo tumor totalmente independente2.

DIAGNÓSTICO

Diversos estudos demonstram que a sensibilidade da mamografia e da ultrassonografia em detectar múltiplos focos de carcinoma é em torno de 50%, enquanto a ressonância magnética apresenta sensibilidade entre 94-99% para carcinoma invasivo e entre 50-80% para carcinoma ductal in situ. A associação da mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética eleva a acurácia diagnóstica para próximo de 100%3 (Figura 1).

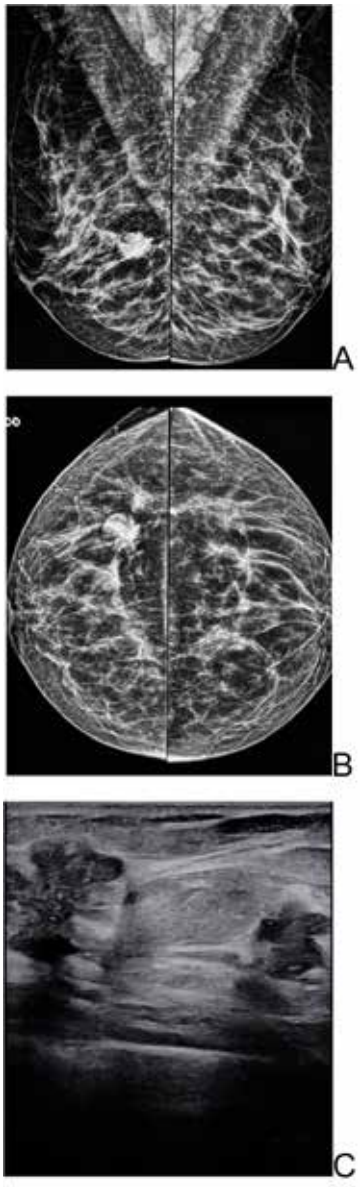


Figura 1 – A e B. Mamografia, incidências MOL e CC evidenciando dois tumores em QIL de mama direita, de formas irregulares, margens espiculadas e hiperdensos. C. Ultrassonografia mostrando dois tumores no QIL da mama direita, de formas irregulares, margens espiculadas, indistintas, angulares, hipoecóicos e orientação não paralelas.

Em relação ao câncer de mama bilateral a neoplasia inicial é geralmente diagnosticada pela palpação, enquanto a contralateral é, na maior parte dos casos, diagnosticada por exames de imagem como mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética, sendo o primeiro método o mais comum na detecção do tumor contralateral (Figura 2).

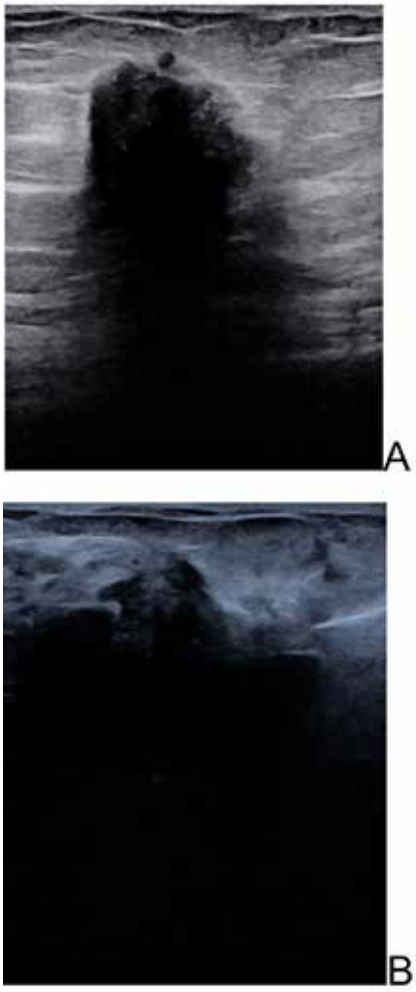


Figura 2 – Ultrassonografia. Carcinoma de mama bilateral. A. Nódulo de forma irregular, localizado no QSM de mama direita, margens espiculadas, indistintas e angulares, hipoecóico, orientação não paralela e sombra acústica posterior. B. Tumor localizado no QSL de mama esquerda de forma irregular, margens espiculadas, indistintas e angulares, hipoecóico, orientação não paralela e sombra acústica posterior.

Esse fato destaca a importância da triagem da mama contralateral e do acompanhamento de todos os pacientes diagnosticados com câncer de mama.

TRATAMENTO

Tradicionalmente, a presença de multicentricidade representa contraindicação à cirurgia conservadora pelo risco de falha no controle local, e, portanto, é indicada a mastectomia. A biópsia do linfonodo sentinela é eficaz e

segura nessa situação4. Com o advento de novas técnicas de oncoplastia, a realização de cirurgias conservadoras e reconstruções mamárias com retalhos locorregionais ou implantes, tem sido possível em mulheres que apresentam câncer de mama multifocal ou multicêntrico (Figura 3). O tratamento radioterápico ou sistêmico (quimio e hormonioterapia) segue as mesmas diretrizes propostas para os tumores unicêntricos5.

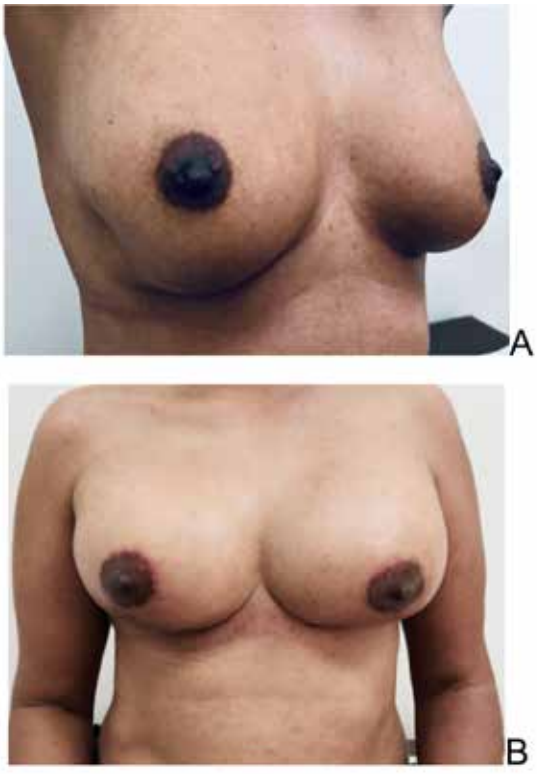


Figura 3 – Fotografia de mulher submetida a tratamento conservador de carcinoma multifocal de QIL de mama direita. A. Pré-cirurgia. B. Pós quadrantectomia, biópsia do linfonodo sentinela e mamoplastia com inclusão de implantes de silicone em mama direita e simetrização de mama oposta.

No caso do câncer de mama bilateral, por muitos anos a mastectomia bilateral foi o tratamento clássico para o câncer de mama bilateral. Entretanto, dados recentes demonstram sobrevida semelhante entre pacientes com neoplasias unilaterais e pacientes com tumores de mama bilateral quando tratadas com cirurgia conservadora da mama juntamente com quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Portanto, a conservação da mama contralateral pode ser oferecida como opção de tratamento viável para pacientes com câncer de mama bilateral, sem comprometimento da sobrevida.

CONCLUSÃO

Nos cânceres de mama multifocal e multicêntrico, a ultrassonografia, mamografia e ressonância magnética combinadas fornecem uma precisão diagnóstica próxima de 100%. A sensibilidade individual dos exames difere em relação aos tipos de carcinoma ductal in situ e carcinoma invasivo6. No que concerne ao câncer de mama bilateral, o método diagnóstico palpatório é o mais empregado quando a neoplasia está em estágio inicial, enquanto no contralateral usa-se exames de imagem, usualmente a mamografia. Atualmente, as novas técnicas de oncoplastia no tratamento do câncer de mama multicêntrico ou multifocal permite, em alguns casos, a realização de cirurgias conservadoras e reconstruções mamárias. O tratamento radioterápico ou sistêmico segue as mesmas diretrizes propostas para os tumores unicêntricos7. Atinente ao câncer de mama bilateral, a mastectomia bilateral era o tratamento tradicionalmente indicado8. Pesquisas indicam, contudo, que a cirurgia conservadora da mama aliada à quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia oferecem resultados semelhantes do ponto de vista terapêutico9.

REFERÊNCIAS

1- CHIELLI, Gabriela et al. Câncer de Mama Multifocal: Relato de Caso. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. 4, 2020.
2- IYEYASU, Hirofumi. Estudo de moléculas de adesão no câncer de mama bilateral. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
3- Colan-Georges A. Atlas de Ultrassonografia da mama completa. São Paulo: Dilivros 2019.
4- Bagnoli F et al. Mastologia: do diagnóstico ao tratamento 2ª edição Goiânia: Conexão Propaganda e Editora, 2022.
5- Boff RA, Carli et al. Compêndio de Mastologia. Abordagem multidisciplinar. Lemar, 2022.
6- Chagas CR, Menke CH, Vieira RJS, Boff RA. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.
7- Girão MJBC, Baracat EC, Rodrigues de Lima G. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
8- Jay R. Harris et al. Doenças da Mama. 5. ed. Rio de Janeiro. Di Livros, 2016.
9- Porto e Porto. Semiologia Médica, 8. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2019.

CÂNCER OCULTO DA MAMA

OCCULT BREAST CANCER

AYLTON ALBERNAZ DIAS[1], DIEGO DE OLIVEIRA SILVA[1], FERNANDO COSTA ABREU FILHO[1], JOSIMAR OLIVEIRA DA SILVA1, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA[1], IZADORA CAIADO OLIVEIRA[1], JOÃO GABRIEL FRANCO LOPES[1], JOÃO BOSCO MACHADO DA SILVEIRA[2], JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA[1]

RESUMO

O carcinoma oculto de mama é definido como aquele que se apresenta com metástase nos linfonodos axilares sem evidência clínica em mama supranumerária ou acessória. Objetivo: O presente estudo tem por objetivo analisar e descrever o câncer oculto de mama, bem como sua forma de manifestação clínica, diagnóstico e tratamento. Resultados: A análise dos linfonodos locais e adjacentes à mama, por meio da ultrassonografia associada a biópsia demonstrou-se favorável ao preciso diagnóstico dessa patologia. Conclusão: Tendo sido avaliado e identificado corretamente, esse carcinoma possui boa resposta à mastectomia radical, associada a tratamento adjuvante com quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia quando necessários.

PALAVRAS CHAVE: CÂNCER DE MAMA OCULTO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO

ABSTRACT

Occult breast cancer is defined as one that presents with metastasis in the axillary lymph nodes without clinical evidence in a supernumerary or accessory breast. Objective: The present study aims to analyze and describe occult breast cancer, as well as its clinical manifestation, diagnosis and treatment. Results: The analysis of local and adjacent lymph nodes to the breast, by means of ultrasound associated with biopsy, proved to be favorable for the accurate diagnosis of this pathology. Conclusion: Having been correctly evaluated and identified, this carcinoma has a good response to radical mastectomy, associated with complementary exams and chemotherapy.

KEYWORDS: HIDDEN BREAST CANCER, DIAGNOSIS, TREATMENT

INTRODUÇÃO

Define-se como aquele que se apresenta com metástase nos linfonodos axilares sem evidência clínica, mamográfica, ultrassonográfica e ressonância de tumor primário na glândula mamária ou nos prolongamentos axilares, em mama supranumerária ou acessória. A linfadenopatia axilar é compatível com o diagnóstico de câncer confirmados com o anatomopatológico e a imuno-histoquímica. Foi descrito pela primeira vez por Halsted em 1907 como glândulas axilares neoplásicas com câncer não demonstrável na mama[1].

Entende-se como uma forma rara de apresentação do carcinoma mamário, representando de 0,3 a 1% dos casos, com pico de incidência por volta dos 55 anos de idade. O adenocarcinoma é o diagnóstico histopatológico mais frequente em biópsia de linfonodos axilares suspeitos. Mesmo não confirmando o sítio primário, o adenocarcinoma, comumente se origina da mama, sobretudo se os receptores hormonais forem positivos[2].

No contexto atual da pandemia por Covid-19 é necessário considerar o histórico recente de vacinação como possível diagnóstico diferencial, evitando biópsias desnecessárias (Figura 2).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As características que podem levar a suspeitas de origem neoplásica são: linfonodos endurecidos com mais de 1 cm, sem sinais inflamatórios locais, presentes há mais de 30 dias e numa única cadeia linfonodal[3].

DIAGNÓSTICO

Os exames iniciais são mamografia, ultrassonografia

1 - Universidade Federal de Goiás (UFG).
2 - Academia Brasileira de Mastologia.

ENDEREÇO
AYLTON ALBERNAZ DIAS
Av. Dr José Hermano N.303, Goiânia
GO, 74865-090

mamária e radiografia de tórax; que, se forem normais deve-se proceder à análise histopatológica linfonodal.

A mamografia (Figura 4) e ultrassonografia evidenciam linfonodos aumentados, sem identificar alteração imaginológica no parênquima glandular. A ressonância magnética, pela sua alta sensibilidade, é o exame de eleição para confirmação diagnóstica[4].

A avaliação ultrassonográfica do linfonodo deve conter, tamanho, forma (ovalada, redonda ou irregular), margem circunscrita ou não, espessamento da cortical (uniforme ou focal). Na ultrassonografia, o linfonodo axilar normal, geralmente apresenta diâmetro transverso menor que 8 mm, mas pode estar aumentado, com diâmetro de até 12-13 mm e eixo longitudinal de até 25 mm, evidenciando hilo hiperecogênico, córtex hipoecogênica fina e poucos vasos ao Doppler (Figura 1). O linfonodo metastático apresenta aumento do diâmetro transverso e espessamento das regiões corticais[5].

Os linfonodos normais apresentam, na ultrassonografia, cortical fina ou praticamente não visível ou cortical visível regular com até 2 mm. Os linfonodos reacionais inflamatórios apresentam cortical visível e maior que 2 mm, porém com hilo hiperecogênico centrado e regular (Figura 2). Linfonodos com cortical com mais de 2 mm e com lobulações, podem estar relacionados a processos inflamatórios, mas não se pode descartar acometimento secundário. Já os linfonodos com lobulações ou espessamento focal da cortical são suspeitos de acometimento secundário (Figuras 5 e 6), e o linfonodo todo hipoecogênico, com hilo rechaçado para a periferia ou ausente, frequentemente estão associados a acometimento secundário metastático com alta carga tumoral (Figuras 7 e 8) [6].

A biópsia do linfonodo pode ser feita por punção aspirativa por agulha fina (PAAF), core biopsy ou excisional, a depender da experiência do ultrassonografista, da profundidade da lesão e da prática do citopatologista (Figura 9). A biópsia por agulha grossa tem a vantagem de ter resultado histopatológico, no entanto deve ser empregada com cautela quando os linfonodos se situarem junto aos vasos[7].

Deve-se pensar em diagnóstico diferencial para carcinoma de tireoide, pulmão, estômago, pâncreas, cólon, melanoma e linfomas.

TRATAMENTO

Tradicionalmente o câncer oculto da mama era tratado com mastectomia radical. A Ressonância Magnética, exame de alta sensibilidade e especificidade, é o exame de eleição quando não se observa alteração mamária e existe doença axilar. Pode facilitar a identificação do câncer oculto mamário e assim ajudar na escolha da melhor forma de tratamento[3].

A quimioterapia, a terapia endócrina ou a terapia anti-HER-2 segue as recomendações para doença estádio II ou III.

A terapia sistêmica neoadjuvante deve ser considerada, sobretudo para pacientes com comprometimento nodal importante (N2-N3), após estadiamento sistêmico para a presença de metástases à distância[4].

O tratamento sistêmico segue o protocolo de quimioterapia do câncer de mama[5].

Figura 1 – Linfonodos axilares normais. A. Linfonodo axilar apresentando, na ultrassonografia, cortical fina ou praticamente não visível. B. Linfonodo axilar apresentando, na ultrassonografia, cortical visível regular com até 2 mm.

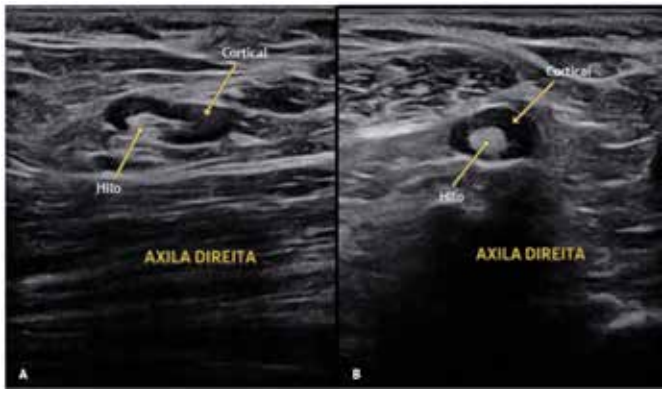


Figura 2 – Ultrassonografia. Linfonodos reacionais inflamatórios em axila direita de mulher submetida a vacina da Covid-19. A e B. Linfonodos apresentam cortical visível e maior que 2 mm, porém com hilo hiperecogênico centrado e regular.

Figura 3 – Ultrassonografia. Linfonodos axilares todos hipoecogênicos, com hilo rechaçado para a periferia ou ausente, frequentemente estão associados a acometimento secundário metastático com alta carga tumoral.

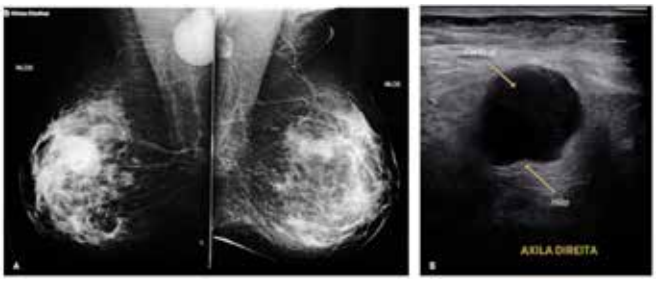


Figura 4 – A. Mamografia evidenciando linfonodo hipertrófico em axila direita. B. Ultrassonografia. Linfonodo todo hipoecogênico, com hilo rechaçado para a periferia, associado a acometimento secundário metastático, em axila direita, por neoplasia mamária.

Figura 5 – Ultrassonografia. Linfonodos com cortical espessada e lobulações (seta 1), linfonodo todo hipoecogênico, com hilo rechaçado para a periferia (seta 2) associados a acometimento secundário metastático em axila direita por neoplasia mamária.

Figura 6 – Ultrassonografia. Linfonodo mostrando cortical com mais de 2 mm e com lobulações e hilo rechaçado para a periferia associado a acometimento secundário metastático em axila, por carcinoma mamário.

Figura 7 – Ultrassonografia. Linfonodo mostrando cortical espessada e com lobulações, hilo rechaçado para a periferia associado a acometimento secundário metastático em axila, por carcinoma mamário.

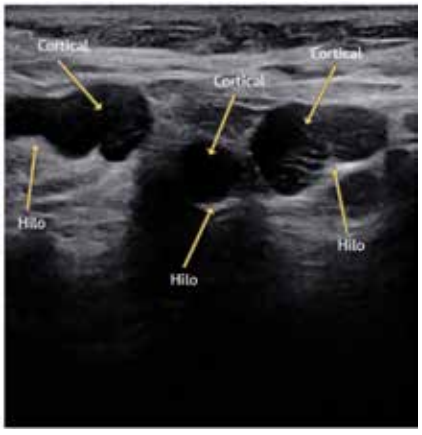


Figura 8 – Ultrassonografia apresentando vários linfonodos mostrando cortical espessada e com lobulações e outros linfonodos todos hipoecogênicos, com hilo rechaçado para a periferia, associados a acometimento secundário metastático em axila, por neoplasia mamária.

Figura 9 – Biópsia de linfonodo axilar feita por punção aspirativa por agulha fina (PAAF), guiada por ultrassonografia.

CONCLUSÃO

O câncer oculto da mama é uma forma rara de manifestação do carcinoma mamário, com representação aproximada de 0,3% a 1% dos casos, no qual o pico de incidência registrado se dá por volta dos 55 anos de idade. Linfonodos endurecidos com mais de 1 cm, sem sinais inflamatórios locais, presentes há mais de 30 dias e numa única cadeia linfonodal são considerados sinais característicos suspeitos de origem neoplásica. Devido à sua alta sensibilidade, a ressonância magnética é considerada o exame padrão-ouro para confirmação de seu diagnóstico. O linfonodo metastático apresenta aumento do diâmetro transverso e espessamento das regiões corticais. Tradicionalmente, o câncer oculto da mama é tratado com mastectomia radical, apresentando bons resultados principalmente quando identificado e avaliado de forma correta, principalmente quando associada a exames complementares e quimioterapia. Ademais, o tratamento sistêmico segue o protocolo de quimioterapia do câncer de mama[6-8].

REFERÊNCIAS

1- Colan-Georges A. Atlas de Ultrassonografia da mama completa. São Paulo: Dilivros 2019.
2- Bedi DG, Krishanamurth R, Krishnamurth S, Edeiken BS, Le-Petross h, Fornage BD e t al. Cortical morphologic features of axillary lymph nodes as a predictor of metastasis in breast cancer. In vitro sonographic study. AJR Am J Roentgenol 2008 sep;191(3):646-52.
3- Bagnoli F et al. Mastologia: do diagnóstico ao tratamento 2ª edição Goiânia: Conexão Propaganda e Editora, 2022.
4- Boff RA, Carli et al. Compêndio de Mastologia. Abordagem multidisciplinar. Lemar, 2022.
5- Chagas CR, Menke CH, Vieira RJS, Boff RA. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.
6- Girão MJBC, Baracat EC, Rodrigues de Lima G. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
7- Jay R. Harris et al. Doenças da Mama. 5. ed. Rio de Janeiro. Di Livros, 2016.
8- Porto e Porto. Semiologia Médica, 8. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2019.

CEREM-GOIÁS

Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AGRM