

VOL. 04 N° 12 - FEVEREIRO 2024

REVISTA CIENTÍFICA

CEREM-GO

ISSN 2675-5009



CEREM-GO
Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás

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

R454 Revista Científica CEREM-GO: Comissão Estadual de
Residência Médica de Goiás. / Associação Goiana de Residência
Médica .V.04, n. 12. – Goiânia:. D&D Comunicação Ltda, 2024.

54p. : il. (Edição fevereiro)
ISSN: 2675- 5009

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

CDU: 616(52)

Impresso no Brasil
Printed in Brazil – 2024

Índice para catalogo sistemático:

CDU: 616(52)

EQUIPE EDITORIAL



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

APOIO



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
Tárík 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 Mercês 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

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-GOÍÁS, 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/comissoes/etica/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 Medicus. 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 study of the cervix in pregnancy using transvaginal ultrasound. Br J Obstet Gynaecol 1966; 103:16-8. In press: Wyon DP. Thermal comfort during surgical operations. J Hyg Camb 20; in press (colocar o ano atual). Artigo em livro editado: Speroff L, Glass RH, Kase NG. In Mitchell C, ed. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Baltimore, USA: Williams & 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.

- 6 AVALIAÇÃO DE PREDITORES DE MORBIMORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, TOLOMEU CASALI, QUÉTILAN LOPES
- 10 “ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS NOTIFICAÇÕES DE LESÕES AUTOPROVOCADAS NA CIDADE DE ANÁPOLIS (GO), NOS ANOS DE 2018 A 2022”**
PEDRO RODRIGUES; THAYNARA NAVES
- 15 HIPOTENSÃO INTRATECAL ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO**
MATEUS FERREIRA DE SIQUEIRA E SILVA; TALITA GUILARDE TORRES ; GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO; GIULLIANO GARDENGHI
- 18 GRAVIDEZ ECTÓPICA COM TRANSMIGRAÇÃO OVOCITÁRIA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO**
NICOLAS FELIPE MACHADO; THALLES EDUARDO RIBEIRO; WEDER SILVA BORGES JUNIOR; HENRI NAVES SIQUEIRA; KAMILA DE OLIVEIRA GONÇALVES SOUZA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL
- 22 OSTEOGÊNESE IMPERFEITA EM GESTAÇÃO NORMAL : UM RELATO DE CASO CLÍNICO**
GIOVANNA VASCONCELLOS BARBOZA DE SOUZA; MARIANA MÉRIDA DE SOUZA; JÚLIA COSTA ALVES SIMÕES; HENRI NAVES SIQUEIRA; KAMILA DE OLIVEIRA GONÇALVES SOUZA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL
- 25 SÍNDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE CASO**
MARCUS ALMEIDA; LEANDRO MOURA; TIMÓTEO VERÍSSIMO; RODRIGO CARVALHO; GUILHERME SOUZA; RENATA GUERRA; GUILHERME ARANTES; LEONARDO SANTOS; BRUNO SILVA; HENRIQUE LIMA
- 29 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR. RELATO DE CASO**
MARCELO JOSÉ LINHARES; VICTORIA SCHMIDT RAMOS; DÉCIO CAVALET SOARES ABUCHAIM; PALOMA FARINA DE LIMA; MARCELO VITOLA DRECKMANN; JÚLIO CESAR SCHULZ; FELIPE BARBOSA AMARAL; GIULLIANO GARDENGHI
- 33 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE MIRIZZI DIAGNOSTICADA NO INTRAOPERATÓRIO**
LEONARDO ETERNO MEDEIROS DOS SANTOS; ISABELLE MARTINS NÓBREGA; HENRIQUE PATRIOTA DE LIMA; GUILHERME DE OLIVEIRA ARANTES; RHAISSA ALVARENGA DE TOLEDO; ANDRESSA OLIVEIRA PEREIRA
- 36 ABORTO UNIFETAL EM GESTAÇÃO GEMELAR COM PRESENÇA DE FETO PAPIRÁCEO: RELATO DE CASO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS**
ADELINO NETO; ANA PAULA FERREIRA; ANDRE EDUARDO GUIMARÃES; NATHALIA VIEIRA
- 40 CIRURGIA CARDÍACA MINIMAMENTE INVASIVA PARA SUBSTITUIÇÃO DE BIOPRÓTESE AÓRTICA IMPLANTADA POR VIA TRANSCATETER APÓS DEGENERAÇÃO PRECOCE. RELATO DE CASO**
LARISSA MANZAN DE ALCÂNTARA BORGES; GIULLIANO GARDENGHI; JOÃO ALBERTO PANSANI; STANLEY DE OLIVEIRA LOYOLA; GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO; ARTUR HENRIQUE DE SOUZA
- 44 MANEJO DO ABSCESSO ANORRETAL NA DOENÇA CRIPTOGLANDULAR: REVISÃO DE LITERATURA**
LEONARDO ETERNO MEDEIROS DOS SANTOS; ISABELLE MARTINS NÓBREGA; RENATA DE SOUZA GUERRA
- 49 SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS, UM PROBLEMA NEGLIGENCIADO**
AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO; ELIANE DA SILVA RIBEIRO; ROSICLEA DE VLIAGER2; OTAVIANO OTTONI DA SILVA NETTO; LEONARDO DA SILVA PRESTES; EDSON DETREGIACHI NETO

NOVO MODELO DE PUBLICAÇÃO

Boas-vindas a 2024 com determinação e energia renovadas para enfrentar um ano cheio de desafios. A Revista Científica CEREM Goiás tem conquistado novos patamares, superando expectativas a cada edição.

Para continuar nesse processo ascendente, a publicação passou por uma reestruturação e adotará, a partir da próxima edição, o sistema de fluxo contínuo, proporcionando uma abordagem mais dinâmica e acessível aos leitores e pesquisadores. A revista continuará a publicar três volumes anuais, seguindo um calendário de fechamento quadrimestral.

Não perca a oportunidade de fazer parte dessas páginas que elevam a qualidade da pesquisa médica. Envie seus artigos para o email revistacientificacerem@gmail.com ou pelo link revista.ceremgoias.org.br/index.php/CEREM/about/submissions e seja parte dessa comunidade que impulsiona a excelência na medicina goiana!

WALDEMAR NAVES DO AMARAL
TÁRIK KASSEM SAIDAH

EDITORES CHEFES

AVALIAÇÃO DE PREDITORES DE MORBIMORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

EVALUATION OF PREDICTORS IN-HOSPITAL MORBIMORTALITY WITH PATIENTS UNDERGOING URGENCY AND EMERGENCY SURGERY

ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO¹, TOLOMEU CASALI¹, QUÉTILAN LOPES¹

RESUMO

Segundo dados da OMS, 254 milhões de cirurgias são realizadas por ano no mundo. Destas, cerca de 7 milhões de pacientes sofrem alguma complicação pós-operatória e um milhão morre. As cirurgias de urgência e emergência são identificadas como preditoras independentes de mortalidade e a assistência perioperatória é fundamental para o bom desfecho clínico do paciente. Esse estudo propôs caracterizar a população submetida a esse tipo de procedimento no HC-UFG e identificar fatores clínicos e cirúrgicos associados à maior mortalidade no período transoperatório até o sétimo dia pós-operatório. Trata-se de um estudo analítico, prospectivo. Os dados foram obtidos através da revisão do prontuário dos pacientes e das fichas de anestesia impressas. Na avaliação de complicações pós-operatórias, foi utilizada a escala Postoperative Morbidity Survey, desenvolvida e validada para tal finalidade. 71 pacientes foram acompanhados, com idade 41,7 +/- 24,5 anos. 42,2% possuíam alguma situação de risco pré-operatória. A presença de complicações foi observada em 40,8% e 8,4% vieram a óbito. Anemia (odds ratio [OR] 16,0, $p < 0,05$), cirurgia de grande porte (OR 13,3, $p < 0,05$), insuficiência renal aguda ou crônica agudizada (OR 16,8, $p < 0,05$) e sepse (OR 0,5, $p < 0,05$) foram significativos para a ocorrência de complicações. Tais resultados podem refletir a alta complexidade dos pacientes da instituição. Conhecer o perfil dos pacientes atendidos auxilia na definição de estratégias de gerenciamento e na criação de linhas de cuidado específicas para grupos de alto risco.

Palavras Chaves: mortalidade perioperatória; cirurgias não eletivas; cuidado perioperatório.

PALAVRAS CHAVE: MORTALIDADE PERIOPERATÓRIA; CIRURGIAS NÃO ELETIVAS; CUIDADO PERIOPERATÓRIO.

ABSTRACT

According to data from the WHO, 254 million surgeries are performed every year around the world. Of these, around 7 million patients suffer some post-operative complication and one million die. Urgent and emergency surgeries are identified as independent predictors of mortality and perioperative care is essential for the patient's good clinical development. This study aimed to characterize the population undergoing this type of procedure at HC-UFG and identify clinical and surgical factors related to higher mortality in the intraoperative period up to the seventh postoperative day. This is an analytical, prospective study. Data were obtained by reviewing patient records and printed anesthesia records. In the assessment of postoperative complications, the Postoperative Morbidity Survey scale, developed and validated specifically for this purpose, was used. 71 patients were followed, aged 41.7 +/- 24.5 years. 42.2% had some pre-operative risk situation. The presence of complications was observed in 40.8% and 8.4% died. Anemia (odds ratio [OR] 16.0, $p < 0.05$), major surgery (OR 13.3, $p < 0.05$), acute or acute chronic renal failure (OR 16.8, $p < 0.05$) and Sepsis (OR 0.5, $p < 0.05$) were significant for the occurrence of complications. These results may reflect the high complexity of the institution's patients. Knowing the profile of patients served helps in defining management strategies and creating specific lines of care for high-risk groups.

KEYWORDS: PERIOPERATIVE MORTALITY; NON-ELECTIVE SURGERIES; PERIOPERATIVE CARE.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 254 milhões de cirurgias são realizadas por ano no mundo. Destas, cerca de sete milhões de pacientes sofrem alguma complicação pós-operatória

e, aproximadamente, um milhão morre durante ou após o procedimento cirúrgico¹. Levando-se em consideração apenas os procedimentos realizados em caráter de urgência e emergência os números são mais alarmantes e alguns trabalhos mostram valores 10 vezes maiores do que

¹ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO

QUÉTILAN SILVA LOPES
Endereço: Av. 1ª (Avenida Qd 68 Lt Ar 1),
Goiânia, GO, 74605-020.
Email: quetilan@hotmail.com.

os encontrados para procedimentos eletivos, quando se trata de mortalidade e complicações cirúrgicas ².

Em muitos serviços de saúde, uma série de desafios são encontrados para que haja oferta de cuidados de maneira eficiente e de qualidade para o paciente crítico. Entre elas pode-se destacar o demorado fluxo hospitalar entre a indicação cirúrgica e a realização do procedimento, incluído o sistema interno de regulação de leitos, a otimização clínica pré-operatória, a realização rotineira dos checklists de cirurgias seguras, entre outros ³.

A criação de protocolos institucionais surge como forma adequada de aprimorar o atendimento e a qualidade da assistência prestada. Para tal finalidade, faz-se necessário estudar a demanda de pacientes submetidos a procedimentos de urgência e emergência, a logística e os recursos específicos de cada serviço ⁴. Dessa forma, a utilização de instrumentos desenvolvidos para analisar o risco perioperatório é indispensável uma análise institucional prévia, e podem não refletir a realidade de um local em estudo.

Considerando-se, então, que cirurgias de urgência e emergência são identificadas como preditores independentes de mortalidade e que a assistência perioperatória é fundamental para o bom desfecho clínico do paciente, esse estudo propôs caracterizar a população submetida a esse tipo de procedimento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG).

Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo analítico, de coorte prospectivo e quantitativo.

Caracterização dos locais de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC UFG).

Caracterização da população

O plano amostral foi baseado no número de cirurgias de urgência e emergência que ocorreram no centro cirúrgico do HC UFG.

Instrumento de coleta de dados

Os dados do trans e pós-operatório foram obtidos através da revisão do prontuário dos pacientes e das fichas de anestesia impressas, por até 7 dias de pós-operatório. Entre os dados relativos à cirurgia foram avaliados: porte cirúrgico; o tempo entre a indicação cirúrgica e sua realização; a duração do procedimento e a necessidade de reintervenção.

Na avaliação de complicações pós-operatórias foi utilizada a escala Postoperative Morbidity Survey (POMS), validada, composta por nove domínios, que registram a morbidade de acordo com a presença de critérios estabelecidos.

Método de análise dos dados

Foi utilizado o teste de teste de Fisher e o Qui-quadrado para comparar variáveis categóricas e teste t de Student para variáveis contínuas. A fim de selecionar as variáveis predictoras com menor possibilidade de superajustamento,

usou-se a técnica de regressão logística. Considerou-se valor de $p < 0,05$. Usou-se o BioStat 5.0.

Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi realizado após apreciação do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) do HC UFG (Número do Parecer: 5.540.241). Os participantes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido antes de se submeterem ao estudo.

RESULTADOS

Dados demográficos, características clínicas e procedimentos cirúrgicos.

Durante o período de estudo 71 pacientes foram acompanhados, a média de idade foi 41,71 (+/- 24,58), 63% sexo feminino, 16,9% ASA I, 45% ASA II, 32,3% ASA III e 5% ASA > ou = 4.

Entre as cirurgias, 47,8% foram estratificadas como de pequeno porte, 29,5% intermediário e 22,5% como de maior porte. O tempo médio para execução do procedimento foi de 1,8 +/- 0,98 horas. Quanto ao tempo entre a indicação cirúrgica e a realização do procedimento, 16,9% < 12 horas, 33,8% entre 12 e 24 horas, 23,9% entre 24 e 48 horas e 25,3% > 48 horas. As especialidades cirúrgicas que mais abordaram foram ortopedia (25,3%), cirurgia geral e urologia (16,9%) e neurocirurgia (14%). Foram observadas complicações pós-operatórias em 40,8% da amostra e 8,4% vieram a óbito.

Morbimortalidade e complicações pós-operatórias.

A mortalidade pós-operatória foi 8,4% e 42,2% tiveram uma ou mais situações de risco pré-operatórias presentes. Dentre as situações de risco clínicas pré-operatórias, destacaram-se anemia, sepse, IRA ou DRC agudizada, distúrbio ácido básico, instabilidade hemodinâmica, distúrbio hidroeletrólítico e neoplasia, em ordem de prevalência. Anemia, a mais frequente, esteve presente em 65,5% dos pacientes que apresentaram complicações peri e pós-operatórias.

Destaca-se também entre os pacientes com complicações peri e pós-operatórias, a presença de sepse (42,2%) e insuficiência renal aguda (IRA) ou doença renal crônica (DRC) agudizada (27,5%). Em relação ao acompanhamento pós-operatório, registraram-se complicações pela escala POMS em 40,8% dos pacientes, foram mais incidentes: dor (16,9%); respiratória (15,4%); hematológica (15,4%); infecciosa (14%).

Preditores de risco

As variáveis significativas identificadas pela análise univariada ou aquelas com maior plausibilidade de ser associadas ao desfecho foram incluídas na técnica de regressão logística. Adotou-se essa estratégia para reduzir a possibilidade de superajustamento (overfitting) devido ao pequeno número de eventos em relação aos possíveis preditores. Optou-se por excluir do modelo a classificação ASA, que, apesar de universalmente aceita e com valor

prognóstico definido, é composta pelos fatores clínicos definidos no estudo como situações de risco clínico pré-operatória. A idade foi agrupada em faixas etárias por apresentar comportamento não linear e mesmo assim não entrou no modelo final. Mantiveram-se anemia (OR = 16,0; 95% IC 4,72 - 54,57), IRA ou DRC agudizada (OR = 16,8; IC 95% 1,96 - 143,65), sepse (OR = 20,5; IC 95% - 4,13 - 101,4), como fatores de risco relacionados ao paciente significativos para complicações peri operatórias em até 7 dias. Entre os fatores cirúrgicos, apenas a categoria grande porte cirurgia de grande porte (OR = 13,3; IC 95% 3,3 - 53,4) se relacionou ao desfecho após regressão logística.

DISCUSSÃO

Nosso estudo confirmou alta presença de complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas (40,8%). A taxa de mortalidade encontrada (8,4%) foi muito próxima aos dados encontrados na literatura nacional sobre pacientes graves, internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no pós-operatório de cirurgias não cardíacas⁵. Esse resultado reflete a alta complexidade da população atendida (37,3% dos pacientes com escore ASA \geq III) e espelha a dificuldade de acesso e diagnóstico precoce de doenças cirúrgicas na população atendida pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

Um estudo realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, também considerado referência para atendimento em nível terciário de atenção à saúde, avaliou, em um período de dois meses, a mortalidade em até 30 dias de pós-operatório de 187 pacientes submetidos a cirurgias não eletivas. E, obteve como resultado, 14,4% de mortalidade. A idade avançada, a gravidade do paciente e o porte cirúrgico foram os fatores significativos para esse desfecho primário⁶.

Com a finalidade de buscar estratégias para melhorar os desfechos dos pacientes cirúrgicos, este estudo buscou examinar os fatores clínicos e cirúrgicos envolvidos na maior incidência de complicações e morte em cirurgias de urgência e emergência. Situações de risco pré-operatórias, como anemia, IRA ou IRC agudizada e sepse, tornaram os pacientes mais suscetíveis a complicações pós-operatória e ao óbito.

A anemia é um achado frequente em pacientes graves e aos que se submeterão a procedimentos cirúrgicos de alto risco (cerca de 60% dos admitidos na UTI)⁷. Uma revisão sistemática recente demonstrou que a anemia é um importante fator de risco para a ocorrência de deiscência de anastomose e infecção pós-operatória, além de estar associada à instabilidade hemodinâmica e hipoperfusão tecidual no paciente crítico⁸.

A literatura médica não define um valor de hemoglobina mínimo pré-operatório aceitável. No entanto, está claro que a anemia crônica é bem mais satisfatoriamente tolerada do que a anemia aguda. A decisão de realizar uma

transfusão pré-operatória deve levar em consideração diversos fatores, como o tipo de cirurgia, perda de sangue prevista, doença coexistente e duração da anemia⁹.

A anemia por deficiência de ferro é o tipo mais comum de anemia. Nesta situação, a suplementação com ferro oral ou endovenoso no período pré-operatório é o tratamento preferencial, que poderá inclusive diminuir as necessidades transfusionais⁹.

A alta prevalência de sepse entre os pacientes que evoluíram com complicações cirúrgicas (48,2%) corrobora com o perfil de pacientes atendidos na sala de urgência desse hospital, que não inclui trauma. Os estudos brasileiros mostram que a sepse está presente em até 73% dos óbitos e é responsável pela alta prevalência de disfunção de múltiplos órgãos e sistemas⁵. Para minimizar esse desfecho, é importante a administração de antibióticos precocemente e ressuscitação volêmica nas primeiras horas para prevenir a hipoperfusão tecidual¹⁰.

A IRA ou IRC agudizada também foi outro fator identificado em nosso estudo. Sua incidência peri operatória possui etiologia variável, porém, para todos os casos, a falência renal é associada com taxas de mortalidade de 60% a 90%. A disfunção renal pós-operatória possui relação com maior incidência de sangramento gastrointestinal, infecção respiratória e sepse. As melhores evidências de tratamento envolvem a manutenção da normovolemia¹¹.

A variável grande porte foi fator preditor independente para a ocorrência de complicações peri operatórias e óbito. Os dados apresentados corroboram com a literatura atual¹². Sabe-se que as cirurgias de grande porte de urgência, como as abdominais, são acompanhadas por diversos fatores que aumentam o risco de complicações pós-operatórias, principalmente em populações mais fragilizadas, como jejum, uso de múltiplas drogas, imobilidade, uso de sondas nasogástricas e sondagem vesical de demora¹³. Uma auditoria realizada em 35 hospitais do Reino Unido mostrou alta mortalidade (14,9%) pacientes submetidos a laparotomias. Tal evidência motivou a criação do projeto NELA - National Emergency Laparotomy Audit, constituído de uma série de medidas pré, intra e pós-operatórias para melhoria dos desfechos nessa população. Dentre elas destacam-se o plano de cuidados pelo cirurgião e a definição diagnóstica o mais breve possível, o acesso formal ao risco de morte e complicações, a administração precoce de antibióticos e a feitura precoce e cirurgia¹⁴.

O intervalo de tempo entre a indicação da cirurgia e a realização do procedimento, apesar de se tratar de um fator importante em um contexto de cirurgias de urgência, não foi significativo para a ocorrência de complicações pós-operatórias e mortalidade. Tal fato fortalece pode estar relacionado ao fato de que o manejo pré-operatório estruturado minimiza o impacto das situações risco identificadas e parece ser mais relevante do que a rápida realização da cirurgia.

O tempo médio para execução do procedimento foi de 1,8 +/- 0,98 horas. Estudos mostram que a duração de cirurgias eletivas superior a 2,1 horas é fator de risco independente para complicações e aumento do tempo de internação hospitalar. Diante disso, destaca-se a importância de supervisão aos médicos residentes por preceptores durante todo período de intervenção cirúrgica ¹⁵.

A nossa coorte teve um número limitado de pacientes, apesar da quantidade de indivíduos que desenvolveram complicações pós-operatórias ter sido bastante significativa. Este estudo pode contribuir de forma significativa para padronizar cuidados e auxiliar na definição de prioridades de gerenciamento.

Vale ainda ressaltar que o estudo foi desenvolvido em um hospital terciário em um país em desenvolvimento. O acesso ao serviço é dificultado e, juntamente com a gravidade em que se encontra o estágio da doença no momento da admissão, pode ter influenciado os resultados. A literatura mostra que há associação entre mortalidade peri operatória em pacientes submetidos à anestesia geral e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo que em países em desenvolvimento a mortalidade é superior em relação aos países desenvolvidos ¹⁶. Esses estudos demonstram a importância da organização dos sistemas de saúde nos desfechos pós-cirúrgicos. Dados observados em hospitais americanos, por exemplo, apontaram que a sobrevida pós-cirúrgica é maior naqueles serviços que reconhecem precocemente os pacientes mais graves, apesar de o número de complicações ser semelhante entre as instituições ¹⁷.

Dessa forma, pode-se concluir que a melhoria dos desfechos depende principalmente de dois fatores: reconhecimento dos pacientes de maior risco e precocidade no tratamento das complicações. Os fatores que podem estar relacionados à dificuldade no reconhecimento e tratamento das complicações incluem o alto volume de pacientes com risco aumentado, equipe de enfermagem reduzida, falha de comunicação e ausência de escalonamento de risco ¹⁷.

Existem alguns algoritmos que medem de forma mais prática o risco de complicações e de morte em uma cirurgia não-cardíaca, que podem variar de acordo com as morbidades e condição clínica do paciente. Para calcular o risco, são considerados dados da pessoa, como idade, condicionamento físico, história, exame físico do paciente, exames laboratoriais e tipo de cirurgia a que será submetido.

Na maioria dos hospitais, como ocorre no HC UFG, obter sala cirúrgica para uma cirurgia de urgência depende de diálogo e negociação. Em outros, cirurgias de urgência são realizadas pela ordem de chegada ¹⁸.

Reconhecer as falhas durante o processo de atendimento ao paciente em estado pré-operatório é importante para a elaboração de medidas para otimizar o desfecho e reduzir a fragmentação do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2009. ISBN-13: 978-92-4-159855-2.
2. Adriene S, Betânia N, Luiza AF, Sávio CP, Jairo ADS, Elaine AF, Patrícia WG, Wolnei C, Luciana PCS. Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas em um hospital universitário: uma coorte prospectiva. *Rev Bras Anesthesiol*. 2018;68(5):492-498.
3. Gouveia JL, Ruiz PBO, Silveira DM, Callil ASG, Vilela RPB, Ruiz PBO. Indicador de qualidade: taxa de mortalidade intra-operatória e pós-operatória. *Rev. Sobecc, São Paulo. Out./dez. 2020; 25(4): 234-240.*
4. Ben AG, Alan MB, Elke K, Louise C, David Y, Helen M, Karen K, Gerard RD. Validade da Pesquisa de Morbidade Pós-Operatória após reparo de aneurisma de ao mesmoza abdominal — um estudo observacional prospectivo. *Medicina Perioperatória. Artigo:10 (2015).*
5. Lobo SM, Rezende E, Knibel MF, et al. Epidemiologia e desfecho de pacientes cirúrgicos não cardíacos em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20:376-84.
6. Stahlschmidt A, Novelo B, Freitas LA, Passos SC, Dussán-Sarria JA, Félix EA, Gamermann PW, Caumo W, Stefani LPC. Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas em um hospital universitário: uma coorte prospectiva. *Rev Bras Anesthesiol*. 2018;68(5):492-498.
7. Hajar LA, Fukushima JT, Almeida JP, et al. Strategies to reduce blood transfusion: a Latin-American perspective. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28:81-8.
8. Van Rooijen S, Huisman D, Stuijvenberg M, et al. Intraoperative modifiable risk factors of colorectal anastomotic leakage: Why surgeons and anesthesiologists should act together. *Int J Surg*. 2016;36 Pt A:183-200.
9. Semião C, Nogueira C, Campos J, Coelho A, Augusto R, Coelho N, Pinto E, Ribeiro J, Peixoto J, Canedo A. Anemia Pré-Operatória como Factor Predictor de Morbidade — Análise Retrospectiva de um Departamento de Cirurgia Vascular. *Publicação Oficial SPACV*. 2020; 16 (3).
10. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Med*. 2017;43:304-77.
11. Sear JW. Kidney dysfunction in the postoperative period. *Br J Anaesth*. 2005;95:20-32.
12. Jakobson T, Karjagin J, Vipp L, et al. Postoperative complications and mortality after major gastrointestinal surgery. *Medicina*. 2014;50:111-7.
13. Merani S, Payne J, Padwal RS, et al. Predictors of in-hospital mortality and complications in very elderly patients undergoing emergency surgery. *World J Emerg Surg*. 2014;9:43.
14. Saunders DI, Murray D, Pichel AC, et al. UK emergency laparotomy network. variations in mortality after emergency laparotomy: the first report of the UK Emergency Laparotomy Network. *Br J Anaesth*. 2012;109:368-75.
15. Grocott MP, Pearse RM. Prognostic studies of perioperative risk: robust methodology is needed. *Br J Anaesth*. 2010;105:243-5.
16. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, et al. Mortality after surgery in Europe: A 7 day cohort study. *Lancet*. 2012;380:1059-65.
17. Johnston MJ, Arora S, King D, et al. A systematic review to identify the factors that affect failure to rescue and escalation of care in surgery. *Surgery*. 2015;157:752-63.
18. Costa ADS Jr. Assessment of operative times of multiple surgical specialties in a public university hospital. *Einstein (São Paulo)*. 2017;15(2):200-5.

"ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS NOTIFICAÇÕES DE LESÕES AUTOPROVOCADAS NA CIDADE DE ANÁPOLIS (GO), NOS ANOS DE 2018 A 2022"

"EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF REPORTS OF SELF-INFLICTED INJURIES IN THE CITY OF ANÁPOLIS (GO), FROM 2018 TO 2022"

PEDRO RODRIGUES; THAYNARA NAVES

RESUMO

Introdução: As lesões autoprovocadas apresentam números crescentes ao longo dos últimos anos, constituindo um desafio para a elaboração de políticas públicas na saúde. **Objetivos:** Identificar o cenário epidemiológico das notificações de lesões autoprovocadas e suas variáveis, no município de Anápolis-GO, entre os anos de 2018 a 2022.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, referente aos dados das notificações de lesões autoprovocadas obtidos por meio de acessos a plataforma do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no DATASUS.

Resultados: Observou-se que o cenário de notificações de lesões autoprovocadas na cidade de Anápolis (GO) apresentou aumento estatístico entre 2018 a 2022. Existiu um predomínio das notificações no sexo feminino, na população parda, entre as faixas etárias de 10-14 anos e nos níveis de instrução das 5 a 8 séries incompletas. Em se tratando dos meios empregados, observou-se o predomínio de meios menos letais (envenenamento e uso de objetos perfuro-cortantes). Verificou-se a associação entre o consumo de álcool e as lesões autoprovocadas.

Conclusões: Com base no estudo epidemiológico observou-se que a cidade de Anápolis apresentou estatísticas crescentes de notificações. Espera-se que a gestão municipal da cidade de Anápolis (GO), observando a epidemiologia das variáveis envolvidas, possa manter as condições básicas para os atendimentos em saúde mental, pela Atenção Básica e com suporte dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de saúde mental e pelos hospitais referências para o atendimento dos pacientes que necessitem de internações psiquiátricas.

PALAVRAS CHAVE: LESÕES AUTOPROVOCADAS, ANÁPOLIS, DATASUS, SINAN.

ABSTRACT

Introduction: Self-inflicted injuries have been increasing in numbers over recent years, posing a challenge for the development of public health policies. **Objectives:** Identify the epidemiological scenario of notifications of self-inflicted injuries and their variables, in the city of Anápolis-GO, between the years from 2018 to 2022.

Methods: This is a cross-sectional, retrospective study, referring to data on notifications of self-inflicted injuries obtained through access to the Notifiable Diseases Information System (SINAN) platform, in DATASUS.

Results: It was observed that the scenario of notifications of self-inflicted injuries in the city of Anápolis (GO) showed a statistical increase between 2018 and 2022. There was a predominance of notifications in females, in the mixed-race population, between the ages of 10-14 years and in educational levels of incomplete grades 5 to 8. When it comes to the means used, there was a predominance of less lethal means (poisoning and use of sharp objects). An association between alcohol consumption and self-inflicted injuries was verified.

Conclusions: Based on the epidemiological study, it was observed that the city of Anápolis presented increasing statistics of notifications. It is expected that the municipal management in the city of Anápolis (GO), observing the epidemiology of the variables involved, can maintain the basic conditions for mental health care, through Primary Care and with the support of Psychosocial Care Centers (CAPS), outpatient clinics of mental health and reference hospitals for the care of patients requiring psychiatric hospitalizations.

KEYWORDS: SELF-HARM, ANÁPOLIS, DATASUS, SINAN.

INTRODUÇÃO

A ideiação suicida é caracterizada como sendo um pensamento de autodestruição, englobando planejamento para dar fim a vida. Já a lesão autoprovocada é definida

como um tipo de violência em que a pessoa aflige a si mesma, englobando atos de automutilação, arranhaduras, mordidas, cortes, amputações, que podem gerar consequências leves à severas.¹ A tentativa de suicídio é tida

1. Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA)

ENDEREÇO

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS RODRIGUES
Rua 23, quadra 44, lote 19 – Vale do Sol
Anápolis (GO) – 75085700.
E-mail: med.pedro6@gmail.com

como a conduta tomada com o objetivo se ferir, tendo a intenção de se matar. Se o ato é consumado, a tentativa de suicídio é definida como suicídio. A diferença entre ideação suicida, comportamento suicida, lesão autoprovocada e suicídio consumado se demonstram tênues.²

Os fatores que levam um indivíduo a cometer uma lesão autoprovocada são diversos,³ complexos e possuem íntima relação entre si. Dentre as variáveis que geram a autoagressão temos a genética, fatores ambientais, doenças psiquiátricas, uso de álcool e drogas ilícitas, solidão, motivações sociais, fatores familiares e sociais, além de elementos ambientes, religiosos e políticos.

No Brasil, as notificações dos casos de lesões autoprovocadas são feitas por meio do documento de ficha de notificação individual (violência interpessoal/autoprovocada), cujas informações são incorporadas a base de dados do Ministério da Saúde (MS), que posteriormente são tabuladas nos DATASUS, especificamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Trata-se de um documento fundamental para a elaboração de políticas públicas em todos os níveis de atenção em saúde, para a prevenção do suicídio. No entanto, estudos² demonstraram que apenas 25% das lesões autoprovocadas são atendidas em ambientes hospitalares.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, referente às notificações de lesões autoprovocadas na cidade de Anápolis (GO), com base nos dados obtidos por meio de acessos ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na plataforma DATASUS, dados esses oriundos das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocadas emitidas no município entre 2018 a 2022, disponíveis para consulta pública. Para os cálculos das estatísticas de notificação foram feitos acessos ao site do SINAN, na aba "doenças e agravos de notificação - de 2007 em diante". Na aba dentro do DATASUS, na opção "linha" foi selecionada "ano de notificação", na coluna foi marcada a opção "lesões autoprovocadas", em conteúdo "frequência", períodos disponíveis de "2018-2022", e na aba de "seleções disponíveis", foi selecionado o município de "Anápolis", com faixas etárias que englobavam de "10-14 a 60 anos ou mais", com a opção "lesão autoprovocada". Tais filtros foram selecionados como básicos para todas as pesquisas.

Em se tratando dos critérios variáveis nas pesquisas na plataforma SINAN, foram feitas pesquisas específicas para cada faixa etária entre 10-14 a 60 anos, por sexo masculino e feminino, cor/raça, escolaridade, local de ocorrência, estado civil, com as particularidades de enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante, envenenamento e arma de fogo, assim como a associação com o uso de álcool.

Os dados de frequência simples foram tabulados no programa Excel e pelo programa Tabwin, por metodologia

estatística base, com representação gráfica na forma de tabelas e figuras.

RESULTADOS

Em termos de notificação para o sistema SINAN, por meio da ficha de notificação individual, na plataforma DATASUS, demonstrou-se que ao longo dos anos de 2018 a 2022, na população de 10-14 anos até 60 ou mais, em ambos os sexos, houve um aumento de 59,12% nas notificações dos casos (Figura 1).



Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos no dia 17 de novembro de 2023.

Figura 1. Números absolutos de notificações de lesões autoprovocadas em Anápolis (GO), entre 2018 a 2022.

Em relação as notificações com base nas faixas etárias, englobando as idades igual ou acima de 10 anos de idade, entre os anos de 2018 a 2022, observou-se a seguinte estatística (Tabela 1), onde as faixas etárias de 10 a 14 anos apresentaram o maior aumento nas notificações (92,4%).

Ano	Faixa Etária						
	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou mais
2018	10	45	56	28	20	12	04
2019	28	58	103	59	51	16	17
2020	15	62	72	36	30	22	08
2021	30	60	74	38	27	07	10
2022	130	130	75	38	36	09	10

Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos no dia 17 de novembro de 2023.

Tabela 1. Prevalência das notificações conforme as faixas etárias entre 2018 a 2022.

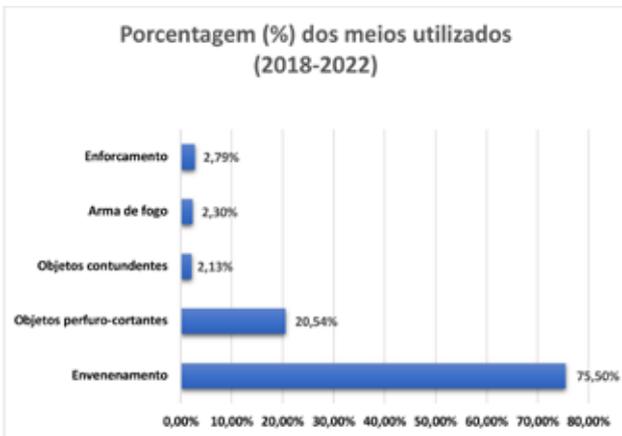
Nos dados referentes ao nível de escolaridade, notou-se a seguinte estatística (Tabela 2). Os níveis de escolaridade que apresentaram os maiores aumentos nas notificações no período observado foram entre as 5 e 8 séries fundamentais incompletas, com aumento de 71,1%.

Escolaridade	Ano				
	2018	2019	2020	2021	2022
Analfabeto	2	2	0	0	1
1 a 4 séries incompletas	7	15	11	11	11
4 série completa	13	5	4	6	20
5 a 8 séries incompletas	31	58	39	50	107
Ensino fundamental completo	21	66	41	31	63
Ensino médio incompleto	43	75	58	51	104
Ensino médio completo	34	77	63	72	99
Ensino superior incompleto	9	19	17	10	7
Ensino superior completo	15	15	12	14	16

Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos no dia 17 de novembro de 2023.

Tabela 2. Prevalência das notificações conforme os níveis de escolaridade entre 2018 a 2022.

É fundamental que se compreenda os mecanismos com os quais a prática se de autoagressão se deu. Foi feita a análise dos objetos e os meios os quais a autoagressão foi realizada (Figura 2). Notou-se que os objetos/meios mais empregados foram os tidos como menos violentos, tais quais o uso de envenenamento (75,7%) e os objetos perfuro-cortantes (20,54%), enquanto os meios mais violentos, com maior energia, representaram apenas 2,3% (arma de fogo) e 2,79% (enfocamento).



Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos no dia 17 de novembro de 2023.

Figura 2. Prevalência das notificações de acordo com os meios utilizados para a autoagressão entre 2018 a 2022.

Com relação aos locais de ocorrência das lesões, foi verificado o predomínio do local "Residência" (Tabela 3), representando uma porcentagem de 87,14% do total das notificações de 2022.

Local de ocorrência	Ano				
	2018	2019	2020	2021	2022
Residência	147	294	217	219	373
Via pública	11	13	13	12	19
Escola	1	4	2	0	9
Habitação coletiva	1	2	2	3	2
Comércio	3	1	2	0	6
Indústria	1	0	0	0	0
Local de prática de esportes	0	0	0	0	0
Bares	2	2	1	4	2
Outros	4	3	4	4	10
Ignorados	5	13	4	4	5

Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos no dia 17 de novembro de 2023.

Tabela 3. Prevalência das notificações conforme os locais de ocorrência das lesões entre 2018 a 2022.

Com base no sexo, entre os anos de 2018 a 2022 observou-se a seguinte distribuição (Tabela 4). O sexo feminino predominou as notificações, representando 69,4% da amostragem, enquanto a população do sexo masculino representou 30,6%.

Sexo	Ano				
	2018	2019	2020	2021	2022
Masculino	50	105	76	82	122
Feminino	125	227	169	164	306

Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos no dia 17 de novembro de 2023.

Tabela 4. Prevalência das notificações conforme o sexo entre 2018 a 2022.

Ao correlacionar a raça/cor, verificou-se o predomínio da raça parda, com um aumento de 61,8% no período de 2018 a 2022 e representando 22,5% das notificações em 2022 (Tabela 5).

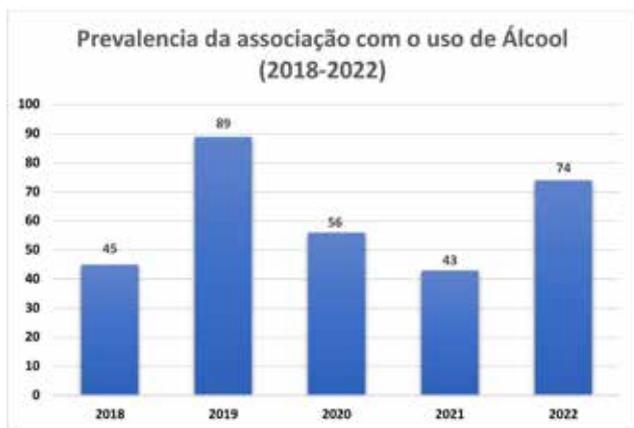
Raça	Ano				
	2018	2019	2020	2021	2022
Branca	37	85	50	56	78
Preta	8	5	5	5	10
Parda	127	240	184	182	332
Amarela	2	1	3	1	4
Indígena	0	0	1	0	3
Ignorado	1	1	2	2	1

Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos no dia 17 de novembro de 2023.

Tabela 5. Prevalência das notificações de acordo com a raça entre 2018 a 2022.

Um importante fator a ser correlacionado com a prática da autoagressão foi a verificação da existência da associação com o consumo de álcool para a prática de lesão autoprovocada.

Observou-se que entre os anos de 2018 a 2022, houve um aumento de 39,2% nas notificações de autolesões associadas ao consumo de álcool (Figura 3).



Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO – Dados extraídos no dia 17 de novembro de 2023.

Figura 3. Prevalência das notificações pela associação com o uso de álcool entre 2018 a 2022.

DISCUSSÃO

Segundo o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, o estado de Goiás apresentou uma população estimada de 7.055.228 habitantes. A cidade de Anápolis apresentou uma população de 398.869 pessoas, com uma densidade demográfica de 426,29 habitantes por quilômetro quadrado.

Anápolis (GO) faz parte da região de saúde intitulada Pirineus, que ao todo engloba 10 municípios. A Cidade conta com 47 unidades básicas, divididas entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF). Em Relação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a cidade dispõe do CAPS Álcool e Drogas Viver (AD), CAPS Crescer (Infantil), CAPS Vida Ativa, com suporte do Ambulatório de Saúde Mental (Espaço Florescer). Em relação aos atendimentos hospitalares, Anápolis consta com atendimentos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H) da Vila Esperança, com suporte de internação no Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Barsanulfo (INMCEB).

O atendimento preferencial se dá pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), representadas pela Atenção Básica e pelos CAPS. O primeiro contato com o nível da atenção básica é fundamental para atender grande parte da demanda populacional em termos de saúde mental, sendo que casos leves, moderados e graves (sem risco a vida) de transtornos mentais podem ser manejados por equipes capacitadas em regime ambulatorial. Casos mais graves, com autoagressão, ideação suicida, planejamento e os casos de tentativa de autoextermínio, devem ser referenciados aos outros níveis da atenção (secundário e terciário). A atenção básica tem o propósito de exercer a prevenção e promoção de saúde mental.⁴

Analisando os resultados apresentados na revisão epidemiológica da situação das notificações de lesões

autoprovocadas no município de Anápolis (GO), o cenário de aumento no número de casos segue o mesmo padrão do restante do estado de Goiás⁵, além do cenário nacional e internacional.

Em se tratando das faixas etárias estudadas, as idades que mais apresentaram aumento nas notificações foram as faixas etárias de 10 a 14 anos, com um aumento de 92,4% em comparação com os dados de 2018. Dados similares foram verificados em um estudo da Organização Mundial da Saúde⁶ de 2014, intitulado "Preventing suicide: A global imperative", sendo que na faixa etária entre 15 a 29 anos, o suicídio representou a segunda principal causa de morte.

Com relação ao gênero, a população do sexo feminino na cidade Anápolis (GO) foi a mais afetada em relações as lesões autoprovocadas, com um predomínio de 69,4% em relação ao sexo masculino, Estatísticas nacionais corroboram tais evidências, sendo que em estudo nacional de 2016,⁷ observou-se que a prevalência do sexo feminino nas tentativas de autoextermínio representa um importante indicador de saúde para elaboração de políticas públicas de intervenção.

Dentre a análise da variável cor/raça, observou-se no estudo que a raça mais afetada pelas lesões autoprovocadas foi a parda, com um aumento de 61,8%, em comparação a 2018. Em uma análise feita pelo Ministério da Saúde em 2014, com publicação em 2015, foi observado que o fator raça/etnia corresponde a fator de influencia para o índice de suicídio na população.² O fator escolaridade também foi verificado no mesmo estudo, sendo que menores níveis de escolaridade são correlacionados a um maior risco de comportamento suicida. No presente estudo, as principais faixas de níveis de ensino acometidas foram as compreendidas entre a 5 e 8 séries do ensino fundamental incompletas, com aumento na incidência de 71,1%.

Diante do quadro de notificações de lesões por autoagressão é imperativo a observação de como o ato de autoflagelo se deu.⁸ Em um estudo nacional de 2018,⁹ foi observado que a concretização do ato de suicídio pode se dar por meios menos ou mais letais/violentos. Os meios mais letais, tais quais o uso de arma de fogo e enforcamento, são preferíveis por homens, pois os mesmos têm a tendência de atentar contra a sua própria vida de forma definitiva, enquanto as mulheres optam por meios mais menos letais/violentos, tais quais o envenenamento e o uso de objetos perfuro-cortantes. No presente estudo, tal estatística se correlacionou ao estudo,⁹ onde o ato de autoagressão se deu por envenenamento em 75,5% dos casos, e em 20,54% pelo emprego de objetos perfuro-cortantes.

É importante considerar que os atos de suicídio ou tentativas de autoextermínio, assim como ideações e planejamentos suicidas, tem íntima relação com transtornos mentais, à exemplo de Depressão, Transtornos de Ansiedade, Transtorno Bipolar, uso de álcool e drogas psicoa-

tivas.^{10,11} No presente estudo, a associação entre álcool e notificações de lesões autoprovocadas teve um aumento de 39,2% em 2022, em comparação com 2018. O álcool é um depressor do sistema nervoso central, sendo que sua associação é nociva no contexto de transtornos mentais.¹²

CONCLUSÃO

O presente estudo epidemiológico do cenário de notificações compulsórias de lesões autoprovocadas no município de Anápolis (GO), no recorte de tempo de 2018 a 2022, demonstrou que a cidade de Anápolis (GO), com seus índices de crescimento populacional e de desenvolvimento em expansão, apresenta estatísticas crescentes de notificações de autoagressões, acompanhando o cenário estadual, nacional e global. O indivíduo que comete a lesão autoprovocada se encontra em processo progressivo de crise mental grave, sendo que a intervenção precoce é potencialmente capaz de interromper a sequência de eventos que pode culminar no suicídio consumado.² O ato de acolhimento é essencial para que o usuário seja atendido de forma humana, acolhedora e resolutiva, com foco em segmento horizontal, com promoção à saúde. Nos dias de hoje, em pleno século XXI, as lesões autoprovocadas são vistas como um tabu.¹³ Tais indivíduos são estigmatizados não somente pela sociedade, mas também pelos profissionais de saúde que fazem os primeiros atendimentos, sendo que os pacientes são vistos como portadores de algum transtorno mental, não merecedores da devida seriedade no momento de atendimento.¹⁴

Com base nas variáveis epidemiológicas apresentadas no estudo, espera-se que a gestão municipal da cidade de Anápolis (GO), em especial pela pasta da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), possa alocar recursos financeiros e humanos para atender as necessidades básicas para os atendimentos em saúde mental, como foco na prevenção e promoção de saúde mental pela Atenção Básica, com suporte dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aumento de vagas disponíveis para consultas em ambulatórios de saúde mental (Espaço Florescer), fortalecimento dos mecanismos de acolhimento e treinamento profissional em hospitais para o recebimento dos pacientes que praticarem a autoagressão e que seja aumentada a quantidade de vagas, via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), nos hospitais referências para as internações psiquiátricas na cidade de Anápolis (GO).

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Report on Violence and Health. New South Wales Public Health Bulletin. 2002;13(8):190. ok
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MC de S. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Sep;22(9):2841-50.

4. Magalhães LS, Oliveira Andrade SM. Depressão e Comportamento Suicida: Atenção Primária em Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*. 2019 Feb 8;11(1):107.
5. Rodrigues M de F, Oliveira PP de, Silva HC da, Pinheiro JM da C. Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"*. 2020 Aug 12.
6. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. *WhoInt* [Internet]. 2014;(1). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>.
7. VASCONCELOS-RAPOSO J, SOARES AR, SILVA F, FERNANDES MG, TEIXEIRA CM. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estud psicol (Campinas)* [Internet]. 2016Apr;33(2):345-54. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016>.
8. ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2022. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 16, 2022. ISSN 1983-7364.
9. Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2022 May 23];23:2821-34. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/txZCWtk98yqSkvTTj6Vj74b/?format=html&lang=pt>.
10. Meleiro AMA da S. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002 Jun;24(2):105-5.
11. Cavalcante FG, Minayo MC de S. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015 Jun;20(6):1655-66.
12. Cordeiro EL, Silva LSR da, Mendes EWP, Silva LCL da, Duarte VL, Lima ÉCMP. Tentativa de suicídio e fatores associados ao padrão uso e abuso do álcool. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*. 2020 Feb 21;16(1):1-10.
13. Eilers JJ, Kasten E. Finished with Life Anyway and Then Stigmatized for Attempting Suicide—An Overview. *Healthcare*. 2022 Nov 17;10(11):2303.
14. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2009 Feb;194(2):104-10. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/attitudes-towards-clinical-services-among-people-whoselfharm-systematic-review/99BAD49B1EA6FB9A0C9AE6450F7629ED>.

HIPOTENSÃO INTRATECAL ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO

SPONTANEOUS INTRATHECAL HYPOTENSION: CASE REPORT

MATEUS FERREIRA DE SIQUEIRA E SILVA¹; TALITA GUILARDE TORRES¹; GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO¹;
GIULLIANO GARDENGHI^{1,2}

RESUMO

Introdução: A hipotensão intracraniana é uma condição caracterizada por um volume de líquido cefalorraquidiano (LCR) abaixo do normal devido ao vazamento de LCR através da membrana dural em um ou vários locais. A sintomatologia como dor de cabeça ortostática e sintomas associados a rigidez de pescoço, zumbido, fotofobia, náusea e evidência de baixa pressão de LCR ou vazamento por meio de pelo menos uma modalidade de exame de imagem.

Relato de caso: paciente masculino, 46 anos, médico, com relato de fístula líquórica espontânea durante atividade física. Evoluiu com a seguinte sintomatologia: cefaleia holocraniana pulsátil que piora ao deitar e levantar. Realizou tratamento por via oral sem sucesso, necessitando de procedimento invasivo como blood patch para melhora dos sintomas. Passado alguns dias realizou novos exames de imagem sem alterações.

Discussão: O local mais comum de vazamento de LCR é a junção cervicotorácico ou região torácica superior. Os tampões sanguíneos epidurais são frequentemente realizados para o tratamento de cefaleia pós punção dural, podendo variar entre o local prévio de vazamento de líquido ou na localização lombar.

PALAVRAS CHAVE: FÍSTULA; LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO; HIPOTENSÃO INTRACRANIANA; PLACA DE SANGUE EPIDURAL.

ABSTRACT

Introduction: Intracranial hypotension is a condition characterized by a lower than normal volume of cerebrospinal fluid (CSF) due to CSF leakage across the dural membrane in one or multiple locations. Symptoms include orthostatic headache and symptoms associated with stiff neck, tinnitus, photophobia, nausea, and evidence of low CSF pressure or leakage through at least one imaging modality. Case report: male patient, 46 years old, physician, with report of spontaneous CSF leak during physical activity. It evolved with the following symptoms: pulsatile holocranial headache that worsens when lying down and getting up. He underwent oral treatment without success, requiring an invasive procedure such as a blood patch to improve symptoms. After a few days he underwent new imaging tests with no changes. Discussion: The most common site of CSF leak is the cervicothoracic junction or upper thoracic region. Epidural blood patches are frequently performed for the treatment of post-dural puncture headache, which may vary between the previous site of cerebrospinal fluid leak or the lumbar location.

KEYWORDS: FISTULA; CEREBROSPINAL FLUID; INTRACRANIAL HYPOTENSION; EPIDURAL BLOOD PLAQUE.

INTRODUÇÃO

A hipotensão intracraniana é uma condição caracterizada por um volume de líquido cefalorraquidiano (LCR) abaixo do normal devido ao vazamento de LCR através da membrana dural, em um ou vários locais. A perda de LCR resulta em deslocamento de estruturas cerebrais, causando cefaleia e outros sintomas neurológicos¹. Embora a cefaleia apresente sinais benignos, se não tratada pode levar a eventos adversos graves como acidente vascular encefálico e sequelas neurológicas^{2,3}.

A dor de cabeça com baixa pressão no LCR é quase sempre causada pelo vazamento de LCR, que pode ser

de origem iatrogênica, traumática ou espontânea. A etiologia da perda espontânea de LCR ainda não está clara e o local do vazamento pode estar em qualquer lugar ao longo da coluna vertebral, sendo que geralmente está no nível de região torácica ou cervical baixa⁴. A apresentação mais comum é dor de cabeça ortostática. Outras características podem incluir paralisia dos nervos cranianos, tontura, zumbido, fotofobia, alteração na audição ou rigidez de pescoço⁵.

Dados de grandes estudos comunitários sobre a epidemiologia da hipotensão intracraniana espontânea não estão disponíveis, mas uma estimativa da incidência anual

1. Clínica de Anestesia, Goiânia/GO, Brasil.
2. Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia/GO, Brasil.

ENDEREÇO

GIULLIANO GARDENGHI
CET – CLIANEST, R. T-32, 279 - St. Bueno, Goiânia - GO
E-mail: coordenacao.cientifica@ceafi.edu.br

é de 4 a 5 casos por cada 100.000 de pessoas⁶, o que equivale a cerca de metade da incidência de hemorragia subaracnóidea aneurismática. Incluindo crianças e adolescentes, a hipotensão intracraniana espontânea pode afetar pacientes de qualquer idade, sobretudo mulheres com idade entre 35 e 55 anos¹⁴.

O presente estudo tem por objetivo apresentar um caso de fístula líquórica espontânea. Com base nesse relato procuramos explorar formas de diagnóstico e tratamento dessa manifestação.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 46 anos, morador da cidade de Goiânia/Goiás, médico, sem patologias de base, praticante de exercícios físicos regularmente (corrida e natação), sem alergias. Relata que durante alguns dias de férias no mês de dezembro de 2021 iniciou com dorsalgia na região cervical após exercício físico mais extenuante que o normal na praia, associado a cefaleia holocraniana do tipo pulsátil que piorava aos movimentos deitar/levantar, com índice de dor de 3/10. Fez uso de analgésicos simples com melhora parcial da dor. Após 4 dias, já em Goiânia, retornou ao trabalho e iniciou com quadro de diplopia, visão turva e diminuição da acuidade visual. Realizou ressonância nuclear magnética (RNM) de coluna cervical com diagnóstico de paquimeningite, representado pela figura 01 a seguir, vindo a continuar a investigação, no qual realizou punção líquórica e painel viral, todos dentro da normalidade.

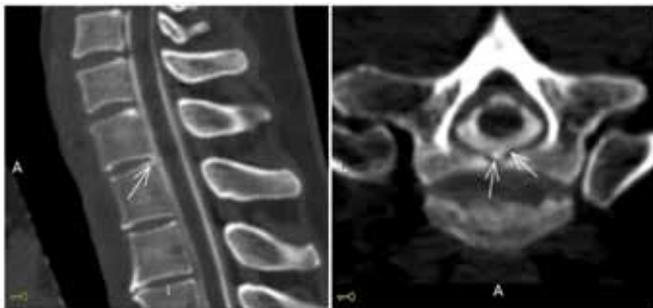


Figura 01: Mielotomografia computadorizada de colunas cervical e torácicas com extravasamento epidural do meio de contraste difundido para o espaço epidural nas aquisições mais tardias, desde C5 até T5.

Realizou outra RNM de neuroeixo com contraste, no qual veio laudado com presença de coleção na região C7-T1, sendo realizado diagnóstico de hipotensão líquórica. Realizou repouso em casa por uma semana, sem melhora dos sintomas algícos leves. Enquanto isso estava fazendo uso de prednisolona via oral por 5 dias diante da suspeita de meningite viral. Após período de repouso, retornou ao hospital de trabalho, onde um anestesiologista realizou o blood patch em região lombar L3-L4 com 20 ml, ficando mais uma semana em repouso, sem melhora. Re-

tornou novamente ao trabalho com sintomas persistentes, sendo realizado outro blood patch na região lombar L2-L3 com 20 ml. Ficou mais uma semana em repouso em casa, sem melhora.

Realizou um terceiro blood patch com localização mais alta com 15 ml, sem melhora. Decidiu procurar outros meios para continuar a investigação, aonde realizou uma mielotomografia com contraste, com laudo de extravasamento epidural do meio de contraste a partir de T1-T2, difundindo para todo o espaço epidural nas aquisições mais tardias, desde C5 até T5.

Retornou para Goiânia, foi realizado um quarto blood patch na região de C7-T1 guiado por tomografia com 10 ml e após 15 dias o paciente negava quaisquer sintomas. Após cinco meses, realizou outra RNM com laudo normal.

DISCUSSÃO

Os critérios diagnósticos para hipotensão intracranial espontânea, conforme estabelecido pela classificação internacional de distúrbios de dor de cabeça, exige presença de (1) dor de cabeça ortostática, (2) sintomas associados a ≥ 1 (rigidez de pescoço, zumbido, fotofobia, náusea) e (3) evidência de baixa pressão de LCR ou vazamento por meio de pelo menos uma modalidade (ressonância magnética cerebral detectando sinais indiretos de baixa pressão do LCR, punção lombar medindo pressão de LCR menor que 6 cmH₂O, mielografia por tomografia computadorizada ou cisternografia com radionuclídeo (RC))⁷.

O local mais comum de vazamento de LCR é a junção cervicotorácica ou região torácica superior. Isto geralmente ocorre espontaneamente ou após um trauma trivial na medula espinhal. Como resultado do vazamento de LCR, o cérebro afunda causando tração das veias pontes, das estruturas meníngeas sensíveis à dor, e dos nervos cranianos causando sintomas⁸.

Tampões sanguíneos epidurais (blood patches) são comumente feitos para dores de cabeça atribuídas ao vazamento de LCR. Seu uso é voltado para o tratamento de pacientes que apresentam cefaléia após uma lesão dural conhecida. O vazamento de LCR foi relatado já em 1955⁹. A etiologia desse vazamento é variável, sendo o motivo mais comum uma punção lombar. Em uma recente Revisão Cochrane, o blood patch foi considerado superior à manejo conservador para tratamento de pós-dural dor de cabeça por punção¹⁰. A maioria dos blood patches são, entretanto, realizados no nível lombar. O blood patch cervical é temido por vários motivos. As complicações comumente citadas incluem paralisia dos nervos cranianos¹¹, estado mental alterado^{12,13}, hematoma subdural¹⁴, convulsões¹⁵ e bradicardia transitória¹⁶. Sérios eventos adversos incluem também a compressão de raízes nervosas¹⁷, e meningite química¹⁸. No nível cervical, então, compressão da medula espinhal se torna a mais temida complicação. No entanto, nenhum estudo sistemático foi feito para elucidar a inci-

dência dessas complicações.

Existem vários relatos indicando que o blood patch lombar pode aliviar permanentemente a dor de cabeça, independentemente se o local do vazamento é identificado ou não^{19,20,21}. Porém, outros relatos demonstram que o blood patch lombar nem sempre resulta em alívio permanente^{22,23,24}. Um estudo de Diaz²⁵ sugere que o local do vazamento deve ser identificado pelo RC e tratado com blood patch direcionado aos níveis do local de vazamento do LCR. Um relatório por Kantor e Silberstein²⁶ também sugere que o blood patch cervical pode ser útil após falha no blood patch lombar, quando o local do vazamento não for identificado.

O nosso relato de caso traz como exemplo duas tentativas de EBP em nível lombar, sem sucesso do vazamento espontâneo de LCR. Posteriormente, quando localizado o local do vazamento, foi realizado o blood patch em nível de C7-T1, que evoluiu com melhora da sintomatologia.

Um relato de caso de Ferrante et al²⁷ indicou que o blood patch tratou com sucesso o vazamento espontâneo de LCR na região cervical. Este relato também mostrou a propagação do sangue da região lombar para a região cervical. Cousins et al²⁸ sugeriram que a colocação do blood patch próximo ao local do vazamento do LCR é importante. O mecanismo proposto é que o sangue injetado sela o defeito dural e interrompe o vazamento. A outra teoria é que a injeção do sangue causa um efeito de tamponamento epidural sobre o vazamento. Pareceria sensato direcionar o tratamento para o local do vazamento, para maximizar as chances de sucesso, mas não há evidências claras para apoiar o blood patch direcionado, e ensaios clínicos randomizados provavelmente não serão viáveis, considerando a baixa incidência da doença.

Na prática anestésica, o blood patch no local do vazamento é o tratamento de escolha se as medidas conservadoras falharem. Outros tratamentos têm sido sugeridos com diferentes taxas de sucesso, incluindo infusão de fluido intratecal, infusão de solução salina peridural, infusão peridural de dextrana, injeção peridural de cola de fibrina, desvio de LCR e reparo cirúrgico de vazamento²⁹. O procedimento torna-se então mais desafiador tecnicamente e de maior risco.

REFERÊNCIAS

1. Antona DL, Jaime Merchan MA, Vassiliou A, et al. Clinical presentation, investigation findings and treatment outcomes of spontaneous intracranial hypotension syndrome: a systematic review and metaanalysis. *JAMA Neurol* 2021;78:329-37. DOI:10.1001/jamaneurol.2020.4799
2. Schievink W. Stroke and death due to spontaneous intracranial hypotension. *Neurocrit Care*. 2013;18:248-251. DOI: 10.1007/s12028-012-9800-3
3. Zakaria R, Wilby M, Fletcher N. Spontaneous csf collection in the cervical spine may cause neurological deficit and intracranial. DOI: 10.2174/1874205X01307010001
4. Schievink WI, Michael LM II, Maya M, Klimo P Jr, Elijovich L. Spontaneous intracranial hypotension due to skull-base CSF leak. *Ann Neurol* 2021;90:514-6. DOI: 10.1002/ana.26175
5. Panya N, Suyin GT. High thoracic/Cervical epidural blood patch for spon-

- aneous cerebrospinal fluid leak: a new challenge for anesthesiologists. *Anesth Analg* 2011;113:1476-9. DOI: 10.1213/ANE.0b013e31822e5665
6. Schievink WI, Maya M, Moser FG, Simon PA, Nuño M. Incidence of spontaneous intracranial hypotension in a community. Beverly Hills, California, 2006- 2020. *Cephalalgia* 2021 September 23. <https://doi.org/10.1177/03331024211104>
7. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd Ed. *Cephalalgia*. 2004;24(S1):9-160.
8. Sriganesh K, JS, VB. Targeted cervical epidural blood patch for the management of refractory headache in a patient with spontaneous intracranial hypotension. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2015 Jan;27(1):68-9. DOI: 10.1097/ANA.0000000000000059
9. Nosik W. Intracranial hypotension secondary to lumbar nerve sleeve tear. *J Am Med Assoc* 1955;157: 1110-11.
10. Boonmak P, Boonmak S. Epidural blood patching for preventing and treating post-dural puncture headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1: CD001791.
11. Perez M, Olmos M, Garrido FJ. Facial nerve paralysis after epidural blood patch. *Reg Anesth* 1993;18: 196-8.
12. Beers RA, Cambareri JJ, Rodziewicz GS. Acute deterioration of mental status following epidural blood patch. *Anesth Analg* 1993;76:1147-9.
13. Sperry RJ, Gartrell A, Johnson JO. Epidural blood patch can cause acute neurologic deterioration. *Anesthesiology* 1995;82:303-5.
14. Tekkok IH, Carter DA, Brinker R. Spinal subdural haematoma as a complication of immediate epidural blood patch. *Can J Anaesth* 1996;43:306-9.
15. Kardash K, Morrow F, Beique F. Seizures after epidural blood patch with undiagnosed subdural hematoma. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:433-6.
16. Andrews PJD, Anaes FRC, Ackerman WE, et al. Transient bradycardia associated with extradural blood patch after inadvertent dural puncture in parturients. *Br J Anaesth* 1992;69:401-3.
17. Waguri N, Tomita M, Hayatsu K, Okamoto K, Shimoji K. Epidural blood patch for treatment of spontaneous intracranial hypotension. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002;46:747-50
18. Oh J, Camann W. Severe, acute meningeal irritative reaction after epidural blood patch. *Anesth Analg* 1998;87:1139-40
19. Ferrante E, Arpino I, Citterio A. Is it a rational choice to treat with lumbar epidural bloodpatch headache caused by spontaneous cervical CSF leak? *Cephalalgia* 2006;26:1245- 6
20. Terjima K, Oi Y, Ogura A, Sakai N, Takei M, Tamaki T, Ogawa R. Blood patch therapy for spontaneous intracranial hypotension: safe performance after epidurography in an unconscious patient. *Anesth Anal* 2002;94:959-61
21. Benzon HT, Nemickas R, Molloy RE, Ahmad S, Melen O, Cohen B. Lumbar and thoracic epidural blood injections to treat spontaneous intracranial hypotension. *Anesthesiology* 1996;85:920-2
22. Berron S, Loisel B, Ducros A, Boukobza M, Tzourio C, Valade D, Bousser M-G. Early epidural blood patch in spontaneous intracranial hypotension. *Neurology* 2004;63:1950-1
23. Hannerz J, Dahlgren G, Irestedt L, Meyerson B, Ericson K. Treatment of idiopathic intracranial hypotension: cervicothoracic and lumbar blood patch and peroral steroid treatment. *Headache* 2006;46:508-11
24. Nowak DA, Takano B, Topka H. Spontaneous cerebrospinal fluid hypovolaemia: a therapeutic dilemma? *Eur J Neurol* 2006;13:1128-38
25. Diaz JH. Epidemiology and outcome of postural headache management in spontaneous intracranial hypotension. *Reg Anesth Pain Med* 2001;26:582-7
26. Kantor D, Silberstein SD. Cervical epidural blood patch for low CSF pressure headaches. *Neurology* 2005;65:1138
27. Ferrante E, Arpino I, Citterio A. Is it a rational choice to treat with lumbar epidural bloodpatch headache caused by spontaneous cervical CSF leak? *Cephalalgia* 2006;26:1245- 6
28. Cousins MJ, Brazier D, Cook R. Intracranial hypotension caused by cervical cerebrospinal fluid leak: treatment with epidural blood patch. *Anesth Anal* 2004;98:1794-7
29. Mokri B. Headaches caused by decreased intracranial pressure: diagnosis and management. *Curr Opin Neurol* 2003;16:319-26

GRAVIDEZ ECTÓPICA COM TRANSMIGRAÇÃO OVOCITÁRIA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

ECTOPIC PREGNANCY WITH OVOCYTE TRANSMIGRATION: A CLINICAL CASE REPORT

NICOLAS FELIPE MACHADO¹; THALLES EDUARDO RIBEIRO¹; WEDER SILVA BORGES JUNIOR¹; HENRI NAVES SIQUEIRA²; KAMILA DE OLIVEIRA GONÇALVES SOUZA¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL¹

RESUMO

O propósito deste artigo é relatar um caso clínico envolvendo a ocorrência de gravidez ectópica (GE) e transmigração oocitária. Mulher de 33 anos, natural de Mozarlândia - Goiás, apresentou-se com polimenorréia e dismenorréia após teste positivo de gravidez. Sem histórico significativo de doenças, paciente relatou consumo social de álcool e uso anterior de contraceptivos orais por 5 anos. Após o teste positivo de gravidez adquirido em farmácia, apresentou sangramento e dor abdominal, levando-a a uma consulta de emergência onde o teste de β -hCG confirmou a gravidez e uma Ultrassonografia Transvaginal (USTV) mostrou achados normais. Com persistência dos sintomas, um segundo teste de β -hCG e uma USTV posterior revelaram um aumento insuficiente nos níveis hormonais e uma massa anexial com hemoperitônio. Uma videolaparoscopia foi realizada, identificando uma GE na tuba uterina esquerda e uma transmigração oocitária, tratadas com salpingostomia e cistectomia ovariana. A paciente se recuperou bem após a cirurgia, sem complicações. Este caso destaca a importância do diagnóstico precoce e da intervenção cirúrgica oportuna em casos de GE, visando evitar complicações graves e preservar a fertilidade da paciente. O diagnóstico e tratamento da GE são desafiadores devido à ambiguidade dos sintomas. Avanços tecnológicos melhoraram o diagnóstico, mas metade dos casos não é identificada inicialmente. O tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico, dependendo da gravidade e dos desejos reprodutivos da paciente.

PALAVRAS CHAVE: GRAVIDEZ ECTÓPICA; GRAVIDEZ TUBÁRIA; TESTES DE GRAVIDEZ; ULTRASSONOGRRAFIA; ZIGOTO.

ABSTRACT

The purpose of this article is to report a clinical case involving the occurrence of ectopic pregnancy (EP) and oocyte transmigration. A 33-year-old woman, native of Mozarlândia, Goiás, presented with polymenorrhea and dysmenorrhea after a positive pregnancy test. With no significant history of illnesses, the patient reported social alcohol consumption and previous use of oral contraceptives for 5 years. After the positive pregnancy test acquired at a pharmacy, she experienced vaginal bleeding and abdominal pain, leading her to an emergency consultation where the β -hCG test confirmed the pregnancy and a Transvaginal Ultrasound (TVUS) showed normal findings. With persistent symptoms, a second β -hCG test and subsequent TVUS revealed insufficient increase in hormonal levels and an adnexal mass with hemoperitoneum. A videolaparoscopy was performed, identifying an EP in the left fallopian tube and oocyte transmigration, treated with salpingostomy and ovarian cystectomy. The patient recovered well after surgery, without complications. This case highlights the importance of early diagnosis and timely surgical intervention in cases of EP, aiming to avoid severe complications and preserve the patient's fertility. The diagnosis and treatment of EP are challenging due to the ambiguity of symptoms. Technological advances have improved diagnosis, but half of the cases are not initially identified. Treatment can be medical or surgical, depending on the severity and reproductive desires of the patient.

KEYWORDS: ECTOPIC PREGNANCY; PREGNANCY TESTS; TUBAL PREGNANCY; ULTRASONOGRAPHY; ZYGOTE.

INTRODUÇÃO

O termo gravidez ectópica (GE) remete a situação de fertilização e implantação dos óvulos em um local diferente da cavidade uterina, sendo essa condição uma das principais emergências em Ginecologia e Obstetrícia¹. A ruptura das estruturas de ocorrência da GE é a causa mais comum de morte materna no primeiro trimestre de gestação e ocorre pois há incompatibilidade estrutural do teci-

do com o saco gravídico². As taxas precisas relacionadas à estimativa de ocorrência da GE não são claras devido a subnotificação de casos que muitas vezes são tratados ambulatorialmente, contudo, estima-se que nos Estados Unidos da América entre 1 a 2% das gestações ocorrem dessa maneira³.

Dentre as possibilidades, a tuba uterina, mais conhecida como Trompa de Falópio, é o local com maior recorrên-

1. Universidade Federal de Goiás.
2. Clínica Fértil.

ENDEREÇO
WALDEMAR NAVES DO AMARAL
Email: waldemar@sbus.org.br

cia da GE, sendo responsável por 90% dos casos ⁴. Esse evento pode ser fatal uma vez que pode ser fator causal de hemorragia interna grave, causando a morte de até 6% das gestantes ². Os fatores de risco para essa condição são diversos e podem estar relacionados ao hábito de vida da mãe, como tabagismo e até mesmo fatores genéticos ⁵.

Os mecanismos pelo qual o ovócito é capturado pelas fímbrias, estruturas presentes nas Trompas de Falópio, ainda não é claro na literatura mundial, contudo, há indícios que, devido a estrutura anatômica e posicionamento de útero, trompas e ovários a captura do ovócito ocorre pela tuba ipsilateral ¹. Apesar disso, sabe-se que há um evento, denominado transmissão oocitária, em que a gravidez ocorre de maneira contralateral ao ovário responsável pela ovulação e a elucidação do mecanismo fisiológico para tal explicação ainda permanece limitado ⁶. Assim, o objetivo do presente artigo é descrever um relato de caso em que houve de dois eventos, sendo eles a gravidez ectópica e a transmigração oocitária.

RELATO DE CASO

Paciente, L. M. C., 33 anos, caucasiana, procedente de Mozarlândia - Goiás (GO), procurou atendimento médico ginecológico em clínica privada na cidade de Goiânia - GO queixando-se de polimenorréia e dismenorréia após diagnóstico de gravidez por meio de teste vendido em farmácia. A respeito dos seus antecedentes, paciente nega histórico de gravidez prévia, não refere doenças crônicas, genéticas, alteração de pressão arterial e hábitos tabagistas. Refere o consumo de álcool socialmente. Refere uso contínuo de Ofolato D 10.000UI e Reconter 10mg (Oxalato de Escitalopram), além de anticoncepcional oral Stezza Merk 2,5mg/1,5mg (Acetato de Nomegestrol/Estradiol) nos últimos 5 anos, contudo, uso interrompido há 4 meses, com intuito de engravidar.

A partir da anamnese detalhada, a paciente relata que iniciou o ciclo menstrual dia 06 de Dezembro de 2023, o qual já era esperado, e que os sangramentos continuaram até o dia 09 de Dezembro de 2023, com um sangramento mais intenso que o habitual. Paciente relata que, até então, o ciclo era normal com fluxo médio de 3-4 dias. No dia 13 de Dezembro de 2023, houve mais um episódio de escape sanguíneo associado a dor leve, em cólica, na região abdominal inferior, dominante na região do hipogástrio. Devido a isso, foi realizado um teste de gravidez vendido em farmácia que atestou o resultado positivo.

Assim, no dia seguinte, 14 de Dezembro de 2023, a paciente procurou pronto atendimento em Goiânia - GO, em que foi realizado o Teste da Gonadotrofina Coriônica Humana Beta (β -hCG), que foi reagente e, dessa forma, demonstrou-se positivo com valor de 141,7 mUI/ml. Além do mais, foi solicitado uma Ultrassonografia Transvaginal (USTV), para averiguação da origem do sangramento uterino e, por meio do exame, não foram detectadas al-

terações aparentes. O exame demonstrou útero em anteversão, centrado, de forma e tamanho normais, com contornos delimitados e precisos, miométrio de textura acústica homogênea e paredes simétricas, canal endocervical fechado, zona juncional regular. Ecoendometrial presente, bem delimitado, regular, trilaminar, com espessura de 6,9 mm. Os ovários estavam normais em tamanho e padrão de eco, ovário esquerdo medindo 2,56 x 1,75 x 1,89 cm e volume de 4,40 cm³, ovário direito medindo 2,67 x 1,98 x 2,0 cm e volume de 5,58 cm³. (Figura 1). Visto isso, a paciente retornou às atividades laborais sem restrição na rotina, mantendo exercícios com esforço, por exemplo, no entanto, com ainda a presença de dor constante, incômoda mas não limitante, e que não exigiu de medicação analgésica.

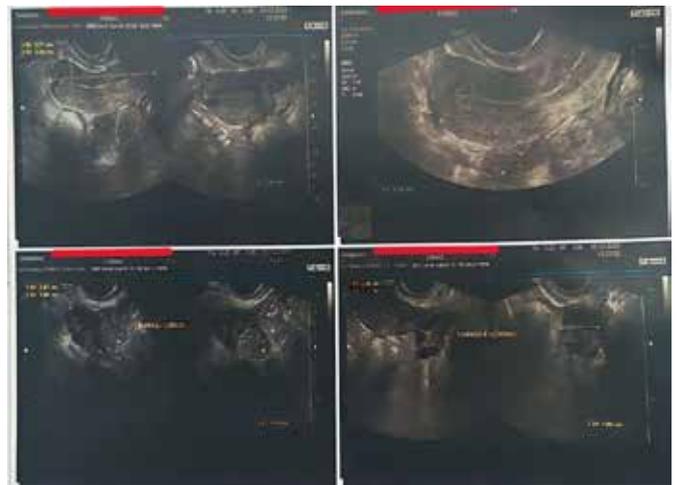


Figura 1 - USTV realizado em 14 de Dezembro de 2023 demonstrando normalidade uterina e estruturas anexas.

No dia 18 de Dezembro de 2023 foi realizado outro β -hCG com resultado quantitativo menor que o esperado, no valor de 291,7 mUI/ml. Além disso, o quadro de polimenorréia se mantinha constante. Dessa forma, associando esses dados, a paciente foi orientada a procurar atendimento em Goiânia - GO, em clínica privada, a fim de realizar USTV para análise ginecológica detalhada e, além disso, foi recomendada a administração de um comprimido de Utrogestan 200 mg. Foi realizada a USTV, no dia 24 de Dezembro de 2023, evidenciando massa anexial de 4,0 cm no lado direito e hemoperitônio (Figura 2). Dadas as imagens, foi realizado videolaparoscopia com intuito de averiguar os achados do exame.



Figura 2 - USTV realizado em 24 de Dezembro de 2023 evidenciando massa anexial à direita e hemoperitônio.

Desse modo, a paciente foi imediatamente admitida na internação para dar início ao tratamento. A paciente foi prontamente encaminhada para o centro cirúrgico, onde foi submetida a uma videolaparoscopia. Durante o procedimento, foi identificado um corpo gravídico na tuba uterina esquerda, contendo material embrionário em seu interior. Foi realizada a salpingostomia e uma cistectomia no ovário direito, seguidas de limpeza e aspiração do conteúdo hemorrágico na cavidade abdominal em virtude da GE rota (Figura 3). Ambas as trompas e ovários foram preservados. Não houveram complicações cirúrgicas. A evolução foi satisfatória com liberação no dia posterior à cirurgia.

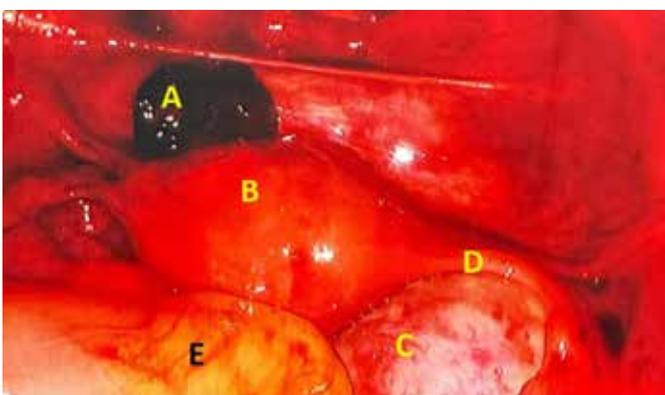


Figura 3 - Imagem obtida por videolaparoscopia em que é possível observar (A. Corpo gravídico após retirada da tuba esquerda; B. Útero; C. Ovário direito contendo massa cística anexial; D. Tuba uterina direita; E. Reto)

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta-se como um relato de caso que tem como objetivo relatar o processo de diagnóstico da paciente. A GE é um fator importante para a morbidade materna devido ao seu difícil diagnóstico⁵. Além disso, fatores como tabagismo, doenças inflamatórias pélvicas e aumento do uso de técnicas de reprodução assistida podem ser cruciais no aumento da incidência da GE. Apesar disso, esses dados ainda tratam-se de hipóteses, pois ainda não se tem uma relação exata sobre os fatores de risco da GE identificáveis. Associa-se de maneira mais clara a fatores que causam lesões nas trompas uterinas⁵.

Na literatura, diversos autores buscam identificar mais

fatores causais da GE, sendo encontrada associação positiva entre idade (>35 anos), infertilidade, falha contraceptiva, GE anterior e aborto espontâneo anterior^{1,5,6}. Vale ressaltar que no presente caso clínico não há associação entre os os fatores fisiopatológicos supracitados, sendo que há descrito na literatura outro caso semelhante ao caso clínico em questão, como descrito por Sikorski; Zrubek (2003). Dessa forma, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce e a necessidade de mais estudos para o entendimento dos aspectos fisiopatológicos da GE. O trabalho de Sikorski; Zrubek (2003) inclui uma observação importante a respeito da migração transperitoneal de espermatozoides, óvulos ou zigotos, encontrada por meio da visualização do corpo lúteo no ovário contralateral ao implante tubário⁸.

A apresentação clínica da GE é ambígua com sinais e sintomas comuns compatíveis com o início de uma gestação, como dor e sangramento vaginal, como relatado no caso clínico atual, podendo haver até mesmo a ausência de sinais e sintomas. O sangramento na GE é decorrente da descamação decidual da camada endometrial, podendo variar quanto a sua intensidade, sendo desde leve manchas até sangramentos volumosos, para a dor a variação é ainda maior a depender da paciente, podendo ser localizada em apenas um lado ou generalizada^{1,5}.

O diagnóstico melhorou substancialmente devido aos avanços tecnológicos na USG e na dosagem hormonal, no entanto, ainda apresenta-se como um desafio para ginecologia, haja visto que aproximadamente 50% das mulheres não recebem o diagnóstico na primeira exibição, assim como descrito no caso clínico em avaliação⁵. Os valores quantitativos com significância no β -hCG já podem ser identificados a partir do oitavo dia de gestação e o monitoramento do seu nível é uma ferramenta importante para auxiliar no diagnóstico da GE¹. A taxa é medida a cada 48h com intuito de distinguir uma gravidez normal da anormal e quando há variação para mais ou para menos do esperado para o estágio da gestação, suspeita-se de uma GE ou uma perda precoce da gravidez¹. Outros métodos como a dosagem da progesterona sérica, biomarcadores e a USG transvaginal também podem ser utilizados¹.

Quanto ao tratamento, deve-se optar principalmente por vias menos invasivas, quando possível, como na administração de metotrexato, medicamento que tem como alvo células com alto poder mitogênico. Por outro lado, em casos mais graves e até mesmo em GE avançadas, é necessário a intervenção cirúrgica, por meio da salpingostomia ou salpingectomia^{5,1}. Em relação à técnica cirúrgica, numa visão geral, uma abordagem endoscópica é consensualmente preferível, visto que estudos randomizados confirmam a vantagem de uma abordagem minimamente invasiva. Entre as principais vantagens cita-se: diminuição do tempo operatório, menor risco de aderências pós-operatórias, menor tempo de internações e um retorno mais

curto e acelerado às atividades da vida diária, bem como a atividade laboral¹⁰.

Quanto à segurança do método de entrada, aberta ou fechada, os estudos demonstram que não há diferença significativa entre as duas¹⁰. A técnica da salpingectomia consiste na retirada da tuba uterina, caso não tenha sido planejada antes do início da cirurgia, orienta-se que seja analisada a viabilidade da tuba uterina contralateral¹⁰. Durante a retirada prioriza-se a retirada da GE in situ para evitar o risco de rompimento na cavidade abdominal, com o risco de uma GE subsequente¹⁰. A técnica de salpingostomia consiste na ressecção do corpo gravídico com a preservação da tuba uterina. A incisão deve ser mínima permitindo que o ectópico seja facilmente expelido ou removido (normalmente entre 1 e 2 cm), caso não ocorra de maneira espontânea, técnicas de hidrossecção podem ser utilizados para facilitar a retirada, no entanto o cirurgião deve estar atento para que não ocorra o rompimento do ectópico¹⁰.

A salpingectomia é indicada para pacientes com GE maiores de 5 cm de diâmetro, dano tubário significativo, hemorragias ou laqueadura tubária prévia. No entanto, para pacientes que desejam manter a fertilidade é recomendado a salpingostomia, para preservação da tuba uterina^{9,10}. Independente da técnica utilizada, após o procedimento, é recomendada a lavagem abdominal com intuito de aspirar qualquer tecido trofoblástico derramado acidentalmente durante a cirurgia, visto o risco de uma nova GE¹⁰. No geral, a intervenção cirúrgica apresenta resultados mais satisfatórios quando comparado com o tratamento clínico. Por outro lado, tanto o manejo cirúrgico quanto o clínico não demonstraram diferença significativa em relação à taxa de fertilidade. Dessa forma, é orientado que o médico considere outros fatores para tomada de decisão, como hemorragias, estabilidade do paciente e fertilidade^{5,6,9,10}.

CONCLUSÃO

O diagnóstico e tratamento da gravidez ectópica (GE) representam desafios significativos na prática clínica, dada a ambiguidade dos sintomas e a necessidade de intervenção precoce para evitar complicações graves. Enquanto avanços tecnológicos melhoraram o diagnóstico, cerca de metade dos casos ainda não são identificados inicialmente. O tratamento, preferencialmente menos invasivo, pode incluir métodos medicamentosos como o metotrexato ou intervenção cirúrgica, como a salpingostomia ou salpingectomia, com a escolha dependendo da gravidade do caso e dos desejos reprodutivos da paciente. Embora não haja diferença significativa na fertilidade após tratamento cirúrgico ou clínico, outros fatores como estabilidade do paciente devem ser considerados na decisão terapêutica. Mais estudos são necessários para compreender completamente os fatores de risco e as melhores abordagens para o diagnóstico e tratamento da GE.

REFERÊNCIAS

1. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2020 May 15;101(10):599-606.
2. Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstet Gynecol*. 2017 Aug;130(2):366-73.
3. Creanga AA, Shapiro-Mendoza CK, Bish CL, Zane S, Berg CJ, Callaghan WM. Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980-2007. *Obstet Gynecol*. 2011 Apr;117(4):837-43.
4. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002 Dec;17(12):3224-30.
5. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011 Oct;37(4):231-40.
6. Benjamin I, Figueira JV, Miquilarena R, Rodriguez F, Lopez A, Lerner J. Ectopic pregnancy with a contralateral corpus luteum: case report. *JBRA Assist Reprod*. 2023 Jun 22;27(2):314-6.
7. Sikorski M, Zrubek H. Sperm, oocyte or zygote transmigration as a cause of adnexal stump heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2003 Sep;23(5):577-8.
8. Insunza A, de Pablo F, Croxatto HD, Letelier LM, Morante M, Croxatto HB. On the rate of tubal pregnancy contralateral to the corpus luteum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1988;67(5):433-6.
9. Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, Coiado OC. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Womens Health (Lond)*. 2023;19:17455057231160349.
10. Ozcan MCH, Wilson JR, Frishman GN. A systematic review and meta-analysis of surgical treatment of ectopic pregnancy with salpingectomy versus salpingostomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021 Mar;28(3):656-67.

OSTEOGÊNESE IMPERFEITA EM GESTAÇÃO NORMAL : UM RELATO DE CASO CLÍNICO

OSTEOGENESIS IMPERFECT IN PREGNANCY : A CLINICAL CASE REPORT

GIOVANNA VASCONCELLOS BARBOZA DE SOUZA¹; MARIANA MÉRIDA DE SOUZA¹; JÚLIA COSTA ALVES SIMÕES¹;
HENRI NAVES SIQUEIRA²; KAMILA DE OLIVEIRA GONÇALVES SOUZA¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL¹

RESUMO

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico do parto de uma paciente com Osteogênese Imperfeita em uma gestação não planejada. A gestação nessas pacientes é associada a complicações maternas e para o feto, uma vez que a presença de mutação autossômica dominante na mãe determina um risco de 50% de presença de OI na prole. Esse é o relato de caso de uma paciente portadora de Osteogênese Imperfeita e gestante, com desfecho positivo materno e fetal, com intuito de discutir possíveis complicações ocasionadas na gestação devido a essa comorbidade, com foco nas recomendações de manejo dessas mulheres. Paciente C.C.V., 25 anos, sexo feminino, portadora de OI, primípara, histórico de múltiplas fraturas ósseas, displasia óssea, esclera azul e endometrioma. Foi admitida em março de 2023 para parto cesáreo, hemodinamicamente estável com exames laboratoriais sem alterações e sorologias negativas, histórico familiar de diabetes, doença cardíaca e glaucoma. Paciente relata gestação inesperada e sem acompanhamento pré natal, o feto não apresentou suspeita de patologia. O parto ocorreu por via cesariana, após o início do trabalho de parto, com anestesia raquidiana em centro cirúrgico e hospital maternidade. O conceito veio à luz saudável, sem intercorrências e é não portador de OI. Esse caso demonstra a importância do acompanhamento multidisciplinar e planejamento para gestações em mulheres com OI, além da importância de amplo conhecimento dos histórico de fraturas prévias da paciente e condições clínicas para que os profissionais obstetras e anestesistas auxiliem na escolha da melhor via de parto, tanto para a saúde da mãe quanto do feto.

PALAVRAS CHAVE: DOENÇAS ÓSSEAS CONGÊNITAS, GRAVIDEZ, OSTEOGÊNESE IMPERFEITA, PRÉ-NATAL.

ABSTRACT

The aim of this work is to report a clinical case of childbirth in a patient with Osteogenesis Imperfecta (OI) during an unplanned pregnancy. Pregnancy in these patients is associated with maternal and fetal complications, given that the presence of an autosomal dominant mutation in the mother determines a 50% risk of OI in the offspring. This is a case report of a pregnant patient with Osteogenesis Imperfecta, with a positive maternal and fetal outcome, aiming to discuss possible complications arising during pregnancy due to this comorbidity, focusing on recommendations for managing these women. Patient C.C.V., a 25-year-old female, diagnosed with OI, primiparous, with a history of multiple bone fractures, bone dysplasia, blue sclera, and endometrioma. She was admitted in March, 2023, for a cesarean section, hemodynamically stable with unaltered laboratory tests and negative serologies, with a family history of diabetes, heart disease, and glaucoma. The patient reported an unexpected pregnancy without prenatal care, and the fetus showed no suspicion of pathology. The delivery was via cesarean section, after the onset of labor, with spinal anesthesia in the operating room of the maternity hospital. The fetus was born healthy, without complications, and is not affected by OI. This case highlights the importance of multidisciplinary care and planning for pregnancies in women with OI, as well as the significance of comprehensive knowledge of the patient's history of previous fractures and clinical conditions, so that obstetricians and anesthesiologists can assist in choosing the best delivery method for both the mother's and the fetus's health.

KEYWORDS: CONGENITAL BONE DISEASES, PREGNANCY, OSTEOGENESIS IMPERFECTA, PRENATAL.

INTRODUÇÃO

A Osteogênese Imperfeita (OI), também denominada doença dos ossos de vidro, trata-se de um grupo de doenças do tecido conjuntivo, de apresentação heterogênea, relacionadas a deficiência na síntese de colágeno do tipo I. Sua inci-

dência está estimada em 1 caso a cada 15.000-20.000 nascimentos, sendo a doença de tecido conjuntivo geneticamente herdada mais comum¹.

Dos casos, 85 a 90% são causados por mutações autossômicas dominantes estruturais ou quantitativas nos

1. Universidade Federal de Goiás
2. Clínica Fértil, Goiânia - Goiás

ENDEREÇO

WALDEMAR NAVES DO AMARAL
Email: waldemar@sbus.org.br

genes relacionados ao colágeno, como destaque para os genes COL1A1 e COL1A2, responsáveis pela codificação de cadeias alfa do colágeno tipo 1. A localização dessa mutação dentro da proteína determina a apresentação genotípica e fenotípica apresentada pelos pacientes portadores de OI².

Em 1979, foi desenvolvida uma classificação dos subtipos da OI, a partir de características clínicas e gravidade. O tipo I é leve, não deformante, com esclera azul; o tipo II é caracterizado pela forma letal perinatal; o tipo III é grave, com deformação progressiva; o tipo IV é moderado, com esclera normal³. Quanto a características genéticas, já foram identificadas 22 tipos distintos da doença.

De maneira geral, clinicamente, essa patologia caracteriza-se por fragilidade e deformidades ósseas, associada a fraturas por traumas mínimos. Também pode causar déficit de crescimento a depender da forma clínica apresentada pelo paciente. Por se tratar de um distúrbio do tecido conjuntivo, achados podem se estender para outros sistemas além do esquelético, como por exemplo, com esclera azul, perda auditiva, dentinogênese imperfeita e disfunção pulmonar¹.

Com os avanços no manejo da OI, houve aumento da expectativa de vida dos pacientes, e mais mulheres acometidas pela doença atingem idade reprodutiva, com desejo de gestação. A gravidez nessas pacientes é associada a complicações maternas e para o feto, uma vez que a presença de mutação autossômica dominante na mãe determina um risco de 50% de presença de OI na prole⁴. Dessa forma, é essencial a realização de aconselhamento reprodutivo nesse grupo, bem como que seja feito o manejo adequado no pré-natal e na assistência ao parto com objetivo de minimizar desfechos negativos entre as pacientes que engravidam.

Esse é o relato de caso de uma paciente portadora de Osteogênese Imperfeita e gestante, com desfecho positivo materno e fetal, a fim de discutir possíveis complicações ocasionadas na gestação devido a essa comorbidade, com foco nas recomendações de manejo dessas mulheres.

RELATO DE CASO

Paciente C.C.V., 25 anos, foi admitida em Março de 2023 para parto cesáreo, hemodinamicamente estável com exames laboratoriais sem alterações e sorologias negativas. Primípara, engravidou naturalmente, sem programação e estava com 36 semanas de gestação. Descobriu a gravidez em um exame de ultrassom com fim de pré operatório para retirada de um endometrioma no ovário esquerdo. A paciente não realizou acompanhamento pré-natal. Ela é portadora de displasia óssea, osteogênese imperfeita (tipo não informado), diagnosticada com 6 meses de vida, apresenta histórico com mais de 20 fraturas, esclera azulada e possui histórico familiar de doenças ge-

néticas como doença cardíaca, glaucoma e diabetes. Apesar da displasia óssea, não possui outras comorbidades, não faz uso de medicações e não apresenta histórico de hipertensão arterial, diabetes ou tabagismo. No entanto, relata etilismo socialmente. Não foi realizado cariótipo. O feto não apresentou suspeita de patologia.

Foi realizada uma cesariana eletiva com anestesia raquidiana, uma anestesia regional com a injeção de anestésico no espaço subaracnóide, bloqueando a dor na parte inferior do corpo. Após o parto veio à luz uma criança viva não portadora de OI, sem lesões aparentes e sinais vitais adequados.

DISCUSSÃO

A osteogênese imperfeita, uma condição rara e hereditária do tecido conjuntivo, apresenta desafios significativos para as pessoas afetadas e suas famílias. Caracterizada pela fragilidade óssea e propensão a fraturas devido a defeitos na síntese do colágeno, essa condição demanda uma abordagem cuidadosa, especialmente durante a gravidez.

Para mulheres que planejam engravidar, é recomendável buscar aconselhamento genético antes da concepção em ocorrências de osteogênese imperfeita, a fim de que as famílias compreendam melhor as implicações da condição e tomem decisões sobre o planejamento familiar.

Durante a gestação, é essencial um preparo metuculooso, permitindo o acompanhamento do desenvolvimento fetal, a identificação precoce de intercorrências e a orientação sobre práticas pré-natais adequadas. Complicações durante a gestação, que podem variar desde dor intensa e deformidades ósseas até situações mais graves, como a ruptura uterina, ressaltam a importância do monitoramento pré-natal. Esse processo requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais como obstetras, geneticistas e psicólogos, que devem estar plenamente cientes do histórico de vida da paciente, incluindo suas fraturas e complicações decorrentes da doença, para fornecer orientações precisas e eficazes durante o período de preparação para a gestação, o parto e o puerpério.

Até o momento, não há tratamento medicamentoso definitivo para essa doença⁵. No entanto, diversos métodos têm sido associados no acompanhamento dos pacientes afetados. Uma dessas abordagens inclui o uso de bifosfonatos, investigados como uma alternativa para melhorar a densidade óssea e diminuir as chances de fraturas em pacientes diagnosticados com OI⁶. No entanto, a falta de estudos científicos conclusivos que respaldam a eficácia benéfica do uso desses medicamentos durante a gestação ressalta a incerteza quanto à segurança no período gestacional.

As precauções durante o parto são ampliadas para assegurar a saúde de todos os envolvidos. A equipe deve estar preparada para oferecer suporte e intervenções específicas para cada paciente, visando uma experiência

única e adaptando conforme as necessidades específicas de cada gestante com OI, como cuidados adicionais com anestesia, intubação, acolchoamento da maca, equipamentos utilizados, entre outros.

A administração da anestesia pode gerar incertezas, especialmente na escolha dos medicamentos, e desafios durante a intubação traqueal. Recomenda-se aplicar anestésicos na área da orofaringe antes da laringoscopia, enquanto a paciente está consciente, para avaliar possíveis dificuldades na intubação. Além disso, a intubação por broncofibroscopia e o uso da máscara laríngea são alternativas que devem ser consideradas¹⁰.

O parto, frequentemente cirúrgico, pode ser necessário devido a deformidades pélvicas da gestante, a desproporção cefalopélvica ou a condição do feto com osteogênese imperfeita¹⁰. Essas considerações destacam a complexidade do ato em pacientes com essa condição e a importância de cuidados específicos para garantir resultados seguros e positivos.

Devido a relatos de diferentes técnicas é essencial analisar individualmente cada caso para determinar a melhor abordagem de fatores como a anestesia e o modo de parto, conduta implementada no presente caso clínico. Um estudo apontou que a hemorragia é uma complicação possível em 10% a 30% dos pacientes com OI, devido à fragilidade dos tecidos e à resposta inadequada ao sangramento causada pela deficiência de colágeno, o que aumenta o risco de atonia uterina pós-parto⁷. Durante o parto, é crucial observar cuidados especiais, assegurando, por exemplo, um posicionamento adequado para evitar compressão. Adicionalmente, uma pesquisa mostrou altas taxas de complicações obstétricas em mulheres com osteogênese imperfeita, incluindo diabetes gestacional, cesariana, necessidade de transfusão sanguínea e ocorrência de fraturas tanto antes quanto após o parto⁸.

O diagnóstico do estado fetal pode ser conduzido através da extração de vilosidades coriônicas e observações por imagens do feto⁹. Durante a gravidez, uma ultrassonografia pode detectar a OI e indicar o tipo, como a forma mais grave e potencialmente fatal de osteogênese imperfeita. Após o parto, o médico verifica os sintomas e realiza um exame físico para fazer o diagnóstico. Se persistir alguma dúvida, o profissional pode optar por fazer uma biópsia da pele ou colher uma amostra de sangue para análise genética, métodos que auxiliam na confirmação do diagnóstico e na definição do tratamento mais adequado para a condição.

CONCLUSÃO

É ideal que a gestação para portadoras de Osteogênese Imperfeita seja planejada e acompanhada por profissionais especialistas na condição clínica da paciente e um amplo conhecimento do caso específico para evitar complicações futuras durante a gestação e o parto. No

caso relatado, a paciente apresenta uma gestação não planejada mas bem conduzida e acompanhada, sem intercorrências graves.

Após a descoberta da gestação, a paciente com OI deve receber uma abordagem multidisciplinar, abrangendo profissionais como obstetras, geneticistas e psicólogos, os quais estejam cientes do histórico de vida da paciente, incluindo suas fraturas e complicações decorrentes da doença. Há riscos específicos relacionados a essa condição na gestação especialmente relacionados a hemorragias, devido à fragilidade dos tecidos e à resposta inadequada ao sangramento causada pela deficiência de colágeno, o que aumenta o risco de atonia uterina pós-parto, além de um risco aumentado de complicações obstétricas.

Até o momento não há medicações comprovadamente efetivas para o tratamento dessa condição e há o risco do feto também ser portador dessa condição genética. É importante e necessário que haja o acompanhamento e identificação precoce da OI no bebê durante a gestação.

Indica-se, geralmente, que o parto seja cesariano, haja vista a desproporção cefalopélvica e/ou deformações pélvicas decorrentes de fraturas anteriores. É importante uma análise criteriosa do anestesista e do obstetra para avaliar a melhor via de parto tanto para a mãe quanto para o bebê.

REFERÊNCIAS

1. Forlino A, Marini JC. Osteogenesis imperfecta. *Lancet*. 2016 Apr;387(10028):1657-71.
2. Panzaru MC, Florea A, Caba L, Gorduză EV. Classification of osteogenesis imperfecta: importance for prophylaxis and genetic counseling. *World J Clin Cases*. 2023 Apr;11(12):2604-20.
3. Sillence DO, Senn A, Danks DM. Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfecta. *J Med Genet*. 1979 Apr;16(2):101-16.
4. Cozzolino M, Perelli F, Maggio L, Coccia ME, Quaranta M, Gizzo S, et al. Management of osteogenesis imperfecta type I in pregnancy; a review of literature applied to clinical practice. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Jan;293(6):1153-9.
5. Rauch F, Glorieux FH. Osteogenesis imperfecta. *Lancet*. 2004 Apr;363(9418):1377-85.
6. Sharma A, George L, Erskin K. Osteogenesis imperfecta in pregnancy: two case reports and review of literature. *Obstet Gynecol Surv*. 2001 Sep;56(9):563-6.
7. das Neves JFNP, Sant'anna RS, de Almeida JR, Saldanha RM, Magalhães MG. Anestesia venosa total em paciente portador de Osteogênese imperfeita: relato de caso. *Rev Bras Anestesiol [Internet]*. 2004 Sep;54(5):668-71. doi: 10.1590/S0034-70942004000500007
8. Rao R, Cuthbertson D, Nagamani SCS, Sutton VR, Lee BR, Krischer J, et al. Pregnancy in women with osteogenesis imperfecta: pregnancy characteristics, maternal, and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Jul;3(4):100362.
9. Cubert R, Cheng EY, Mack S, Pepin MG, Byers PH. Osteogenesis Imperfecta: mode of delivery and neonatal outcome. *Obstet Gynecol*. 2001 Jan;97(1):66-9.
10. Vogel TM, Ratner EF, Thomas RCJ, Chitkara U. Pregnancy complicated by severe osteogenesis imperfecta: a report of two cases. *Anesth Analg*. 2002 May;94(5):1315-7.

SÍNDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE CASO

BOERHAAVE SYNDROME: CASE REPORT

MARCUS ALMEIDA; LEANDRO MOURA; TIMÓTEO VERÍSSIMO; RODRIGO CARVALHO; GUILHERME SOUZA;
RENATA GUERRA; GUILHERME ARANTES; LEONARDO SANTOS; BRUNO SILVA; HENRIQUE LIMA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Boerhaave (SB) é definida como a ruptura espontânea do esôfago, uma condição rara, mas potencialmente fatal com elevado índice de morbimortalidade, constituindo a perfuração mais letal do trato gastrointestinal.

RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 49 anos, etilista, apresenta quadro de dor torácica de cinco dias de evolução, desencadeados por êmese devido à libação alcoólica. Apresenta-se normotenso, normocárdico, afebril e eupneico. Expansibilidade torácica preservada, enfisema subcutâneo torácico e cervical à esquerda, e redução do murmúrio vesicular ipsilateral. Solicitado Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e evidenciado enfisema de partes moles nos espaços cervicais, derrame pleural à esquerda e pneumomediastino. Paciente submetido a esofagostomia cervical em dupla boca, gastrostomia (GTT) convencional, drenagem pleural fechada à esquerda e terapia complementar com vácuo endoscópico. Ocorreu boa evolução pós-operatória com reconstrução do trânsito esofágico na mesma internação.

DISCUSSÃO: O diagnóstico da SB representa um verdadeiro desafio, e seu tratamento, seja ele cirúrgico ou não, deve ser instituído imediatamente, visto elevada morbimortalidade. Embora o Tratamento Não Operatório (TNO) seja reservado para pacientes selecionados, existe uma tendência em adotar Tratamento Operatório (TO) agressivo para paciente com diagnóstico tardio, complicações locais ou sistêmicas. Terapias complementares como stent esofágico ou vácuo endoscópico, têm mostrado resultados promissores com menor invasividade e redução da taxa de mortalidade.

CONCLUSÃO: A SB deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de dor torácica no departamento de emergência. Apesar da escassa casuística, o diagnóstico e tratamento precoces constitui o fator prognóstico de maior relevância.

PALAVRAS CHAVE: SÍNDROME DE BOERHAAVE; PERFURAÇÃO ESOFÁGICA; MEDIASTINITE.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Boerhaave Syndrome (BS) is defined as a spontaneous rupture of the esophagus, a rare but potentially fatal condition with a high morbidity and mortality rate, constituting the most lethal perforation of the gastrointestinal tract.

CASE REPORT: Male patient, 49 years old, alcoholic, presents with chest pain that has lasted for five days, triggered by emesis due to alcoholic beverages. He is normotensive, normocardic, afebrile and eupneic. Preserved chest expansion, left thoracic and cervical subcutaneous emphysema, and reduction in ipsilateral breath sounds. Computed tomography of the chest was requested and evidenced soft tissue emphysema in the cervical spaces, pleural effusion on the left and pneumomediastinum. Patient underwent double-mouth cervical esophagostomy, conventional gastrostomy, closed pleural orientation on the left and complementary therapy with endoscopic vacuum. There was good postoperative evolution with esophageal transit remaining during the same hospitalization.

DISCUSSION: The diagnosis of BS represents a real challenge, and its treatment, whether surgical or not, must be instituted immediately given the high morbidity and mortality. Although Non-Operative Treatment is reserved for selected patients, there is a tendency to adopt aggressive Operative Treatment for patients with late diagnosis, local or systemic complications. Complementary therapies such as esophageal stent or endoscopic aspirator present promising results with less invasiveness and reduced mortality rate.

CONCLUSION: SB should be remembered as a differential diagnosis of chest pain in the emergency department. Despite the scarce case series, early diagnosis and treatment constitute the most relevant prognostic factor.

KEYWORDS: BOERHAAVE SYNDROME; ESOPHAGEAL PERFORATION; MEDIASTITIS.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Boerhaave é definida como a ruptura espontânea do esôfago, uma condição rara mas potencialmente fatal, que embora se apresente em baixa densi-

dade de incidência, 3,1 : 1.000.000, sua taxa de mortalidade é elevada, correspondendo 35% a 40%, constituindo a perfuração mais letal do trato gastrointestinal.¹

Foi descrita pela primeira vez em 1724 pelo cirurgião

1. Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia.

ENDEREÇO

MARCUS ALVES CAETANO DE ALMEIDA
Endereço: Av. Diamante, s/n - St. Conde dos Arcos,
Aparecida de Goiânia - GO, 74969-210.
Email: marcuscaetanomed@gmail.com

holandês Hermann Boerhaave, no qual relata em sua monografia os sintomas experimentados pelo almirante Von Wassenauer, uma dor torácica repentina e excruciante após episódio de êmese decorrente de refeição copiosa, que o levou a óbito. A patologia foi confirmada por necropsia, a qual evidenciava uma perfuração esofágica.²

O mecanismo fisiopatológico envolvido nesta entidade decorre de um aumento abrupto na pressão intraluminal esofágica com ausência do relaxamento do esfíncter esofágico superior, produzindo ruptura total de todas as camadas do esôfago (Haba et al, 2020). Os principais sintomas relatados são dor torácica, vômitos, febre, enfisema subcutâneo e dispneia. São descritos classicamente pela tríade de Mackler composta por vômitos, dor torácica e enfisema subcutâneo.¹

A propedêutica diagnóstica exige história clínica que contenha fatores de risco para SB com manifestações sugestivas. Dentre os exames complementares pode-se lançar mão desde radiografia (RX) de tórax, constituindo método com alta sensibilidade, até TC de tórax e abdome com contraste oral, constituindo o método mais específico, com capacidade de identificar o local da perfuração esofágica, assim como extensão e complicações associadas. Outros exames como esofagograma contrastado e endoscopia digestiva alta (EDA) podem ser utilizados para pacientes selecionados.³

O manejo pode ser instituído por TO ou TNO, embora tenha se destacado mais recentemente as terapias endoscópicas, especialmente aquelas que utilizam modalidade de terapia a vácuo ou com colocação de stent, correspondendo a terapia principal ou adjuvante.¹

O diagnóstico precoce constitui um verdadeiro desafio e é um dos principais fatores prognósticos, sobretudo aqueles diagnosticados nas primeiras 24 horas, visto que a taxa de mortalidade aumenta consideravelmente naqueles com evolução tardia, podendo corresponder até 65% de mortalidade em virtude de mediastinite e rápida evolução para quadros sépticos.⁴

RELATO DE CASO

Paciente, masculino, 49 anos, asmático e etilista, encaminhado para avaliação da equipe de cirurgia geral, por quadro de dor torácica ventilatório-dependente e enfisema subcutâneo torácico com cinco dias de evolução. Os sintomas foram desencadeados após êmese devido à libação alcoólica. Ausência de dispneia, náuseas, vômitos ou febre à admissão. Paciente em curso de terapia antimicrobiana em unidade de origem.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, corado, hidratado, normotenso, normocárdico, afebril, e eupneico em ar ambiente. Ao exame do aparelho respiratório evidencia-se expansibilidade torácica preservada, enfisema subcutâneo a palpação, com predomínio torácico e cervical à esquerda, e em ausculta redução do

murmúrio vesicular ipsilateral. Sistemas neurológico, cardiovascular e abdominal sem alterações.

Diante da hipótese diagnóstica de SB foi solicitado TC de pescoço, tórax e abdome com contraste endovenoso, no qual foi evidenciado acentuado enfisema de partes moles nos espaços cervicais anteriores e paravertebrais (Figura 01) além de derrame pleural à esquerda associado a pneumomediastino (Figura 02). Exame tomográfico do abdome dentro da normalidade. Exames laboratoriais com evidência de leucocitose (15.370/mm³), bastonetes dentro da normalidade, e elevação de proteína C reativa (65.1 mg/L).

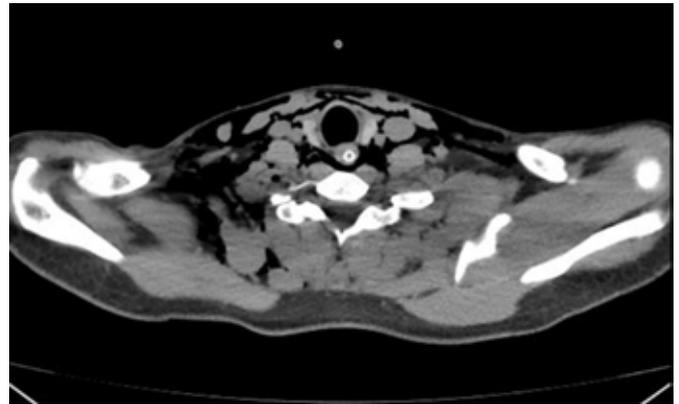


Figura 01 - Extenso enfisema de partes moles em compartimentos cervical e paravertebral. Fonte: Acervo pessoal.

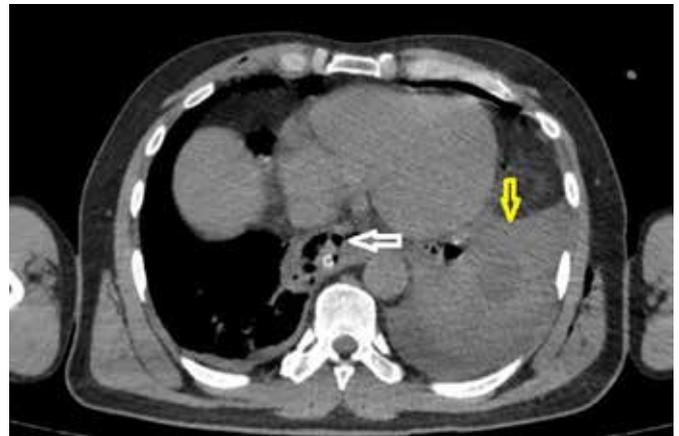


Figura 02 - Sinais tomográficos de pneumomediastino, seta branca. Volumoso derrame pleural à esquerda, seta amarela. Fonte: Acervo pessoal.

Após reavaliação clínica foi indicado drenagem pleural fechada em selo d'água à esquerda seguido de endoscopia digestiva alta de urgência, que mostrou perfuração esofágica em parede lateral esquerda de dois centímetros de diâmetro, localizada a 40 cm da arcada dentária superior e a 1 cm da transição esôfagogástrica, a qual comu-

nicava-se com espaço pleural esquerdo notando extensa contaminação deste compartimento (Figura 03).

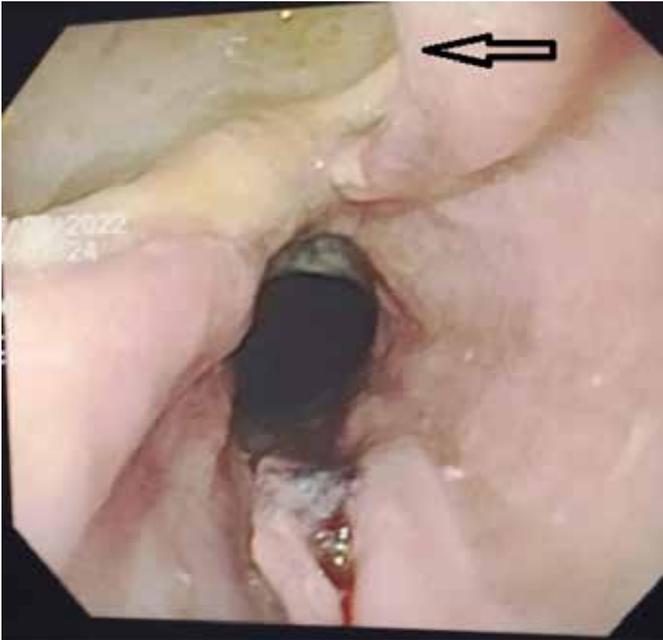


Figura 03 - Evidência endoscópica de lesão transmural do esôfago na parede lateral esquerda, seta preta. Fonte: Acervo pessoal.

Foi indicado no mesmo tempo cirúrgico a realização de esofagostomia cervical em dupla boca para desvio de trânsito associado a GTT convencional para nutrição enteral (figura 04).



Figura 04 - Paciente em pós-operatório imediato. Fonte: Acervo pessoal.

Em evolução pós-operatória apresentou débito de dreno torácico de aspecto enteral, evidenciando presença de

fístula esôfago-pleural à esquerda. Em razão de sua persistência foi indicado no 12º dia de pós-operatório (DPO) a terapia de vácuo endoscópico associado a dieta por Nutrição Parenteral Total (NPT) e GTT descompressiva. Após quatro dias desta modalidade terapêutica houve redução significativa de débito do dreno torácico com subsequente resolução da fístula, sendo retirado dreno torácico e vácuo endoscópico precocemente.

Submetido a nova EDA de controle em 31º DPO, o qual demonstrava lesão esofágica cicatrizada e em bom aspecto. Desta forma, em 48 horas foi realizada reconstrução de trânsito esofágico com anastomose término-terminal primário em um plano associado a drenagem laminar cervical. O paciente recebeu alta médica em 72 horas do procedimento após teste de azul de metileno negativo.

DISCUSSÃO

A SB é uma rara causa de perfuração esofágica na população geral mas que está associada a fatores de riscos conhecidos, que envolvem o aumento da pressão intraluminal esofágica, tais como vômitos incoercíveis, estes classicamente decorrente de libação alcoólica, crise asmática, defecação e levantamento de peso.⁵ No presente estudo é possível identificar pelo menos dois desses fatores: episódios eméticos e asma, além da importante associação com o etilismo.

Apesar da alta taxa de mortalidade decorrente da SB em diagnósticos tardios, este caso demonstra uma evolução clínica arrastada, contrapondo-se a história natural da doença, com pelo menos 96 horas de evolução da perfuração esofágica, apresentando-se em departamento de emergência com quadro clínico estável e ausência de pontuação em triagem séptica pelo quick Sequential Organ Failure Assintment (qSOFA). Tal fato pode ser atribuído a terapia antimicrobiana venosa instituída em unidade de origem, além do suporte clínico e provável contaminação progressiva porém retardada dos compartimentos mediastinal e pleural. Em evolução clássica é esperado rápida instalação de quadro séptico em virtude da mediastinite, com aproximadamente 12 a 24 horas, além de disfunção orgânica progressiva além de 48 horas de evolução. Apesar deste fato o quadro de dor torácica, dispneia e enfisema subcutâneo tornou a ruptura espontânea do esôfago uma hipótese diagnóstica factível.

Do ponto de vista anatômico, é possível destacar que durante exame endoscópico, a perfuração esofágica ocorreu em parede lateral esquerda, localizada a um centímetro da transição esofagogastrico e com extensão de dois centímetros. Tais dados reforçam e corroboram com a literatura, exceto pela grande proximidade com a transição esofagogastrica.²

Diante caso apresentado, nota-se a impossibilidade de adoção de TNO em virtude de apresentação clínica tardia, com pelo menos cinco dias de evolução, extensa contaminação de compartimentos mediastinal e pleural,

além de sinais de desconforto ventilatório e dor torácica. Diante critérios objetivos, como proposto pelo escore de Pittsburgh, é calculado o somatório de seis pontos, sendo estes leucocitose, derrame pleural, fistula não contida e diagnóstico tardio, o que também corrobora para a necessidade de adoção de tratamento cirúrgico agressivo.^{3,6}

Desta forma foi confeccionado a GTT alimentar, como método de nutrição enteral de longo prazo, esofagostomia cervical em dupla boca, como princípio de controle da fonte de contaminação, além de drenagem pleural fechada à esquerda. Embora não realizada, a confecção de funduplicatura a Nissen com bloqueio de perfuração, também representou uma opção factível visto proximidade com transição esofagogástrica.⁴

Durante manejo pós-operatório, a despeito da terapia cirúrgica instituída, foi evidenciado persistência de fístula esofagopleural a esquerda, surgindo então a possibilidade da utilização de terapia endoscópica a vácuo, que representa uma opção pouco invasiva e com resultados comparáveis a rafia primária, apesar da baixa casuística. Na literatura atual, as taxas de sucesso são de 70 a 100%, com taxas de mortalidade de 7 a 18% e taxas de complicações de 10 a 14%.⁷ Após 96 horas de aplicação, sob princípio de redução de contaminação e condicionamento da lesão, houve fechamento da fístula e cicatrização da perfuração, objetivamente avaliada por endoscopia de controle.⁸

A reconstrução do trânsito esofágico ocorreu na mesma internação e constituiu um importante marco para qualidade de vida do paciente no pós-operatório, uma vez que a dieta via oral se tornou possível.

CONCLUSÃO

A SB, apesar de sua raridade, deve ser aventada como diagnóstico diferencial em quadros de dor torácica no departamento de emergência, sobretudo em pacientes que apresentem fatores de risco conhecidos.

Muito se discute sobre a modalidade terapêutica ideal, e dentre suas possibilidades é conveniente objetivar e estratificar riscos, sendo recomendado escores como o de Pittsburgh, para definição de terapia cirúrgica ou não. Independente da abordagem terapêutica é necessário seguir princípios para tratamento desta grave moléstia, são eles: tratamento e controle de contaminação local, via de nutrição enteral e drenagem ampla, se necessário.

O tratamento cirúrgico padrão-ouro é a rafia primária da lesão para pacientes elegíveis, outras modalidades alternativas, como exclusão e desvio de trânsito, são opções em cenário clínico desfavorável. Notoriedade é dada a modalidade de tratamento endoscópico, seja terapia a vácuo ou stent auto-expansível, que em alguns estudos têm desfechos similares ao tratamento padrão-ouro. Por fim, apesar da escassa literatura e casuística em SB, é demonstrado que o fator prognóstico mais relevante é o diagnóstico e tratamento precoces.

REFERÊNCIAS

1. Allaway MGR, Morris PD, B. Sinclair J, Richardson AJ, Johnston ES, Hollands MJ. Management of Boerhaave syndrome in Australasia: a retrospective case series and systematic review of the Australasian literature. *ANZ Journal of Surgery*. 2020 Dec 14;91(7-8):1376–84.
2. Salvador-Ibarra IJ, Pizaña-Davila A. Síndrome de Boerhaave: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cirugía y Cirujanos*. 2021 Dec 21;89(92).
3. Chirica M, Kelly MD, Siboni S, Aiolfi A, Riva CG, Asti E, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2019 May 31;14(1).
4. Dias P, Martins De Freitas V, Medina Da Fonseca C. REVISÃO DE LITERATURA: MANEJO NA PERFURAÇÃO DE ESÔFAGO. *REVISTA EMESCAM DE ESTUDOS EM SAÚDE*. 2019 Jan;1(1).
5. Haba Y, Yano S, Akizuki H, Hashimoto T, Naito T, Hashiguchi N. Boerhaave syndrome due to excessive alcohol consumption: two case reports. *International Journal of Emergency Medicine*. 2020 Nov 30;13(1).
6. Schweigert M, Santos Sousa H, Solymosi N, Yankulov A, Fernández MJ, Beattie R, et al. Spotlight on esophageal perforation: A multinational study using the Pittsburgh esophageal perforation severity scoring system. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2016 Apr;151(4):1002–11.
7. Pattynama LMD, Eshuis WJ, van Berge Henegouwen MI, Bergman JJGHM, Pouw RE. Vacuum-stent: A combination of endoscopic vacuum therapy and an intraluminal stent for treatment of esophageal transmural defects. *Frontiers in Surgery*. 2023 Feb 22;10.
8. Loske G, Schorsch T. Endoskopische Vakuumtherapie beim Boerhaave-Syndrom. *Der Chirurg*. 2016 Jun 3;87(8):676–82.

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR. RELATO DE CASO

SURGICAL CORRECTION OF PULMONARY ARTERY ANEURYSM. CASE REPORT

MARCELO JOSÉ LINHARES¹; VICTORIA SCHMIDT RAMOS¹; DÉCIO CAVALET SOARES ABUCHAIM¹; PALOMA FARINA DE LIMA¹; MARCELO VITOLA DRECKMANN¹; JÚLIO CESAR SCHULZ¹; FELIPE BARBOSA AMARAL¹; GIULLIANO GARDENGHI²

RESUMO

O aneurisma da artéria pulmonar (AAP) é uma condição rara podendo ocorrer em ambos os sexos, sendo 89% em artéria pulmonar principal e 11% nos ramos da artéria pulmonar. Apresenta risco de compressão de estruturas adjacentes, como o tronco da artéria coronária esquerda (TCE), dentre outras. A ruptura da AAP pode resultar em altas taxas de mortalidade, que variam entre 50 e 100%. Relatamos um caso sobre a evolução clínica após a abordagem cirúrgica de paciente com AAP sintomático, associado a potencial compressão do TCE.

PALAVRAS CHAVE: ANEURISMA; CIRURGIA TORÁCICA; ARTÉRIA PULMONAR.

ABSTRACT

Pulmonary artery aneurysm (PAA) is a rare condition that can occur in both sexes, 89% in the main pulmonary artery and 11% in the branches of the pulmonary artery. It presents a risk of compression of adjacent structures, such as the left coronary artery (LMCA), among others. Rupture of the PAA can result in high mortality rates, ranging between 50 and 100%. We report a case on the clinical evolution after the surgical approach of a patient with symptomatic PAA, with potential compression of the LMCA.

KEYWORDS: ANEURYSM; THORACIC SURGERY; PULMONARY ARTERY.

INTRODUÇÃO

O aneurisma da artéria pulmonar (AAP) é uma condição rara, que teve sua primeira descrição em 1860. Baseado em necropsias, foi estimada uma prevalência de aproximadamente 1 em 13.696 indivíduos ¹. Geralmente ocorre em ambos os sexos, sendo 89% em artéria pulmonar principal e 11% nos ramos da artéria pulmonar. Entre os ramos, a incidência mais comum se dá no ramo esquerdo ². Podem surgir secundários a diversas etiologias como infecção, malignidades, doença cardíaca congênita ou vasculites ³.

O AAP é caracterizado pela dilatação focal da artéria pulmonar envolvendo todas as três camadas da parede do vaso ⁴. A condição é diagnosticada quando o diâmetro da dilatação do vaso é maior que 1,5 vezes os limites

superiores dos normais. Na maioria dos estudos, não foi seguido um ponto de corte baseado no gênero, considerando aneurisma todos os casos com diâmetro de artéria pulmonar maior que 40 mm ³. O AAP apresenta risco de compressão de estruturas adjacentes, como o tronco da artéria coronária esquerda (TCE), o brônquio principal e/ou o nervo laríngeo recorrente. Entre as complicações potencialmente fatais, a ruptura da AAP pode resultar em altas taxas de mortalidade, que variam entre 50 e 100% ⁴.

Não existe uma diretriz específica para a melhor conduta quando diagnosticado o AAP. Entre as principais indicações cirúrgicas temos o diâmetro do aneurisma maior 55mm; aumento do diâmetro maior que 5 mm em seis meses; compressão de estruturas adjacentes; for-

1. Hospital Santa Catarina, Blumenau, SC
2. Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia, Goiás

ENDEREÇO

GIULLIANO GARDENGHI
Rua Amazonas, 301 – Garcia
CEP: 89020-900 – Blumenau, SC, Brasil
E-mail: coordenacao.cientifica@ceafi.edu.br

mação de trombo no saco aneurismático; aparecimento de sintomas clínicos; evidência de patologias valvares; hipertensão pulmonar e sinais de ruptura ou dissecção do aneurisma ².

O objetivo do presente relato é demonstrar a evolução clínica após a abordagem cirúrgica de paciente com AAP sintomático, com potencial compressão adjacente do TCE.

RELATO DO CASO

Paciente de 71 anos, sexo masculino. Procura serviço de cardiologia para pré-operatório de implante dentário. Durante consulta, queixa-se de dor torácica típica durante esforço, seguida de síncope, inclusive em passeios rotineiros de bicicleta, que iniciaram nos últimos meses. Refere que apresentava quadros de pré síncope ao evacuar, porém de características diferentes, com pródromos antes de episódios. Apresenta de comorbidades hipertensão, dislipidemia, pré diabetes, acidente vascular cerebral isquêmico, sem sequelas, em 1990. Traz ultrassom (US) de carótidas em 2018 com placas comprometendo 25% da luz do vaso. Diagnosticado no passado com estenose valvar pulmonar, realizou em 1986 cirurgia de comissurotomia de valva pulmonar. Em uso de Diovan HCT®, Plenance Eze® e Glifage®. Ao exame físico, na ausculta cardiovascular, sopro sistólico e diastólico +++/6+ em foco pulmonar. Eletrocardiograma com ritmo sinusal e bloqueio de ramo direito. Traz ecocardiograma (ECO) com estresse, realizado em 2020 com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 74% (Teichholz). Sem alterações de contratilidade segmentar basal e no estresse.

Devido ao risco cardiovascular foi solicitado novo ECO e US de carótidas. Ao ECO foi observado: FEVE de 55%. Parede posterior e parede septal de 9 mm. Gradiente Ventrículo Direito (VD) – Átrio Direito (AD) de 25 mmHg. Pressão sistólica em artéria pulmonar de 30 mmHg. Importante ectasia em tronco de artéria pulmonar e seu ramo esquerdo associada a regurgitação moderada de valva pulmonar (gradiente médio de 9 mmHg e velocidade de 2,0 m/s), além de sobrecargas de câmaras direitas, com diâmetro interno de VD de 47 mm, onda S' de 13,2cm/s. Devido a ectasia de artéria pulmonar foi solicitado angiotomografia (angioTC) de artérias pulmonares e coronárias para investigação complementar, com os seguintes achados: AAP (diâmetro interno 47 mm na região do tronco e diâmetro do ramo esquerdo de 24 mm), com seu tronco apresentando íntima relação com TCE (1,1 mm de distância) (Figura 1), sem causar compressão em repouso. Redução luminal moderada em artéria coronária direita (CD) e discreta em segunda artéria marginal (Mg2).



Figura 01. Angiotomografia para investigação evidenciando aneurisma de artéria pulmonar (AAP) com íntima relação com tronco de coronária esquerda (TCE)

Realizada ressonância magnética do coração para melhor avaliação anatômica mostrando: FEVE de 65% e fração de ejeção do ventrículo direito (FEVD) de 69%. Câmaras cardíacas de dimensões preservadas. Função sistólica biventricular preservada. Ausência de fibrose miocárdica. Insuficiência valvar pulmonar discreta (fração regurgitante de 18%). Presença de dilatação aneurismática importante da artéria pulmonar, que mediu 55 mm em seu maior diâmetro (Figura 2).

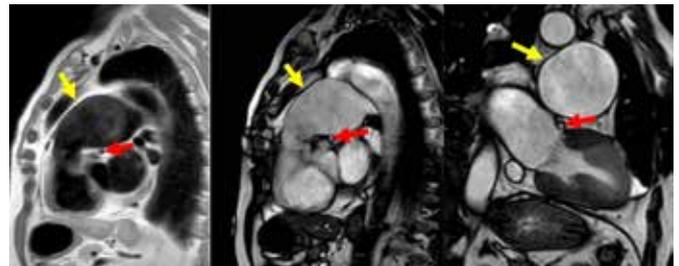


Figura 02. RM com aneurisma de artéria pulmonar (seta amarela) revelando proximidade com coronária esquerda (seta vermelha).

Após discussão com o Heart Team foi indicada correção cirúrgica de aneurisma. O procedimento foi realizado com toracotomia mediana, coração em ritmo sinusal e identificado aneurisma de 80mm de diâmetro. Seguiu-se com heparinização e canulação de aorta e átrio com entrada de circulação extracorpórea (CEC) em hipotermia abaixo de 25°. Pinçada a aorta e efetivada a cardioplegia em raiz com Custodiol®. Valva tricúspide apresentava-se calcificada. Procedeu-se com arteriotomia pulmonar e comissurotomia valvar pulmo-

nar, anastomose término terminal de tubo de Dacron 30 com ramo esquerdo de pulmonar, anastomose látero-lateral com tubo e anastomose término terminal de origem pulmonar com tubo. Reforço com cola biológica e fechamento de aneurisma sobre tubo. Gerado aquecimento e manobras de retirada de ar. Desclampeio de aorta com 44 min e retorno aos batimentos em sinusal após desfibrilação de 10J. Saída de CEC com 55 min, drenagem de mediastino com dois drenos de Blake, dois fios de marcapasso temporário em ventrículo direito, revisão de hemostasia com cola biológica e reconstrução de pericárdio com Goretex®. Fechamento de planos e curativo. Decorre com boa evolução em pós-operatório, sem complicações cirúrgicas, durante a internação. Por duas vezes, após 9 e 24 dias de procedimento, apresentou quadros de fibrilação atrial (FA) agudas em pronto socorro, com retorno para ritmo sinusal após reversão química com amiodarona.

Em consulta pós procedimento cirúrgico traz ECO e angioTC de artérias pulmonares. ECO com diagnóstico de estenose pulmonar valvar discreta, com gradiente de pico de 35 mmHg e derrame pericárdico discreto. AngioTC com prótese da artéria pulmonar principal que se inicia desde a valva e se estende até a bifurcação dos ramos direito e esquerdo, que tem calibre preservado e está pérvia. Calibre máximo da prótese mede 30 mm. Correção de aneurisma da artéria pulmonar com prótese, sem sinais de complicações.



Figura 03. Angiotomografia pós procedimento com tubo de Dacron (seta amarela) demonstrando correção de AAP.

Paciente no momento em uso de Eliquis®, Diovon HCT®, Amiodarona e Dexilant®. Apresentando-se clinicamente estável, sem novos episódios de fibrilação atrial, pré-síncope ou síncope, referindo melhora da qualidade de vida, sem queixas de dor torácica de aspecto anginoso.

DISCUSSÃO

O AAP é uma entidade rara de doenças vasculares pulmonares, mas com desfechos desfavoráveis e potencialmente fatais. Pacientes portadores podem passar longos anos sem seu diagnóstico, devido uma parcela considerável ser assintomática, ocorrendo seu diagnóstico de forma acidental através de exames de imagem realizados por outros motivos. A fatalidade pode suceder de ruptura aneurismática com hemoptise franca, dissecação da arterial pulmonar e compressão de artéria coronária, levando a síndrome coronariana aguda.

Apresenta um espectro variado de manifestações clínicas conforme o tamanho, pressão, velocidade de crescimento e contato com estruturas adjacentes. Em situações de baixa pressão e crescimento lento, o paciente pode permanecer assintomático por anos a décadas ⁴.

Os estudos são unânimes em relatar a dificuldade de encontrar o manejo ideal após o diagnóstico e isso acontece pelo fato de até o presente momento não haver diretrizes específicas sobre AAP. O tratamento deve ser elaborado caso a caso, ponderando-se a causa subjacente, sintomatologia, risco-benefício de um procedimento cirúrgico e comorbidades. Optando-se pelo seguimento conversador o tratamento deve incluir o manejo das doenças de base, da hipertensão pulmonar, caso presente, e acompanhamento com imagem de rotina.

Quando ocorre dilatação da artéria pulmonar (AP) pode ocorrer compressão extrínseca sobre o TCE, como no caso ora relatado. Torna-se provável quando o diâmetro ultrapassa 55 mm ou quando a relação entre esse diâmetro e o diâmetro da raiz da aorta é de pelo menos 1,98. Seu desenvolvimento depende de um aumento crônico no diâmetro da AP, geralmente associado a hipertensão pulmonar (HAP). A apresentação clínica mais comum é dor torácica anginosa, associada ou não a dispneia. Pode também estar presente síncope, arritmias ou infarto do miocárdio ⁵. Foi visto que o fluxo anormal através da válvula pulmonar pode causar tensão na parede do vaso através do jato excêntrico de saída do VD e levar à fraqueza da parede do vaso. Em revisão foram identificados 19 casos por anormalidades valvares pulmonares, sem associação com HAP. A idade mediana foi de 50 anos, com casos relatados de até os 79 anos, com distribuição de gênero similar ³.

Após extensa revisão inferindo raridade de diagnóstico, identificamos também inúmeros casos descobertos em indivíduos com idades menos avançadas do que

o caso em questão. A baixa pressão em AP explica o longo período assintomático, com início dos sintomas a partir do aumento importante do diâmetro arterial de 55 mm, o que, de acordo com o revisado, aumenta o risco de compressão de estruturas adjacentes.

Alguns fatores aumentam o risco de ruptura do AAP, como HAP crônica, pressão da AP maior que 50 mmHg, diâmetro da AP superior a 75 mm e crescimento anual superior 2 mm. Existem várias opções para reduzir o risco dessas complicações, incluindo abordagem da causa subjacente, monitoramento contínuo por meio de exames de imagem como já mencionado, até mesmo a necessidade de intervenção cirúrgica.

Cirurgias de aneurismorrafia e aneurismectomia são bem descritas para tratamento de aneurismas confinados ao tronco pulmonar ⁴. A cirurgia precoce deve ser considerada em paciente com risco cirúrgico razoável, visando evitar piora da função cardíaca pela progressão do diâmetro e dificuldade da ventilação devido a obstrução crônica dos brônquios e atelectasias. Procedimento em pacientes mais jovens reduzem morbimortalidade pós-operatória ².

O paciente em questão apresentava mais de uma indicação formal para realização de procedimento cirúrgico, dentre elas o diâmetro de 55 mm, presença de sintomas (dor torácica/síncope) e patologia em valva pulmonar associada. Por benefícios clínicos de redução de sintomatologia, evitar progressão e complicações relacionadas ao AAP, o tratamento cirúrgico precoce, com suas devidas indicações, demonstrou bom resultado e melhora de qualidade de vida do paciente.

O presente estudo, juntamente com o escasso número de casos publicados, pode contribuir para um aconselhamento de equipes médicas sobre possíveis intervenções do AAP, enquanto não se confecciona uma diretriz para nortear o manejo ideal.

REFERÊNCIAS

1. De Souza AH, Petto J, Gardenghi G. Surgical correction of pulmonary artery aneurysm with extrinsic compression of the left main coronary artery: a case report. *Journal of Clinical and Translational Research*. 2019. DOI: 10.18053/jctres.05.201902.003
2. Kreibich M, Siepe M, Kroll J, Hohn R, Grohmann J, Beyersdorf F. Aneurysms of the Pulmonary Artery *Circulation*. 2015 Jan 20;131(3):310-6. DOI: 10.1161/circulationaha.114.012907
3. Gupta M, Agrawal A, Iakovou A, Cohen S, Sha R, Talwar A. Pulmonary artery aneurysm: a review. *Pulmonary Circulation* [Internet]. 2020 Jan;10(1):1-10. Available <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7052473/>. DOI: 10.1177/2045894020908780
4. Flaifel M, Rohan Suresh Daniel, Nakanishi H, Than CA, Shiakos G, Ioannis Tzanavaros. A Novel Approach for the Treatment of Pulmonary Artery Aneurysm Repairs Using Inclusion Technique: A Case Report. *Cureus*. 2023 Mar 21. DOI: 10.7759/cureus.36456
5. Falchetto EB, Saad JA, Almeida FL de, Washizu EKM, Mandil A. Obstrução extrínseca do tronco da coronária esquerda causada por dilatação da artéria pulmonar associada à esquistossomíase. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*. 2015 Apr;23(2):148-51. DOI: 10.1016/j.rbc.2015.12.016

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE MIRIZZI DIAGNOSTICADA NO INTRAOPERATÓRIO

CASE REPORT: MIRIZZI SYNDROME DIAGNOSED INTRAOPERATIVELY

LEONARDO ETERNO MEDEIROS DOS SANTOS¹; ISABELLE MARTINS NÓBREGA²; HENRIQUE PATRIOTA DE LIMA¹;
GUILHERME DE OLIVEIRA ARANTES¹; RHAISSA ALVARENGA DE TOLEDO²; ANDRESSA OLIVEIRA PEREIRA²

RESUMO

O artigo em questão descreve um caso clínico de síndrome de Mirizzi, uma condição rara na qual ocorre compressão ou obstrução do ducto biliar comum devido a cálculos biliares impactados no ducto cístico ou na vesícula biliar. A síndrome de Mirizzi é uma complicação potencialmente grave da colelitíase (presença de cálculos na vesícula biliar). No entanto, o relato de caso detalha a apresentação clínica do paciente, que incrivelmente era assintomática. Durante o procedimento cirúrgico (colecistectomia), os cirurgiões identificaram anormalidades anatômicas e alterações típicas da síndrome de Mirizzi, confirmando o diagnóstico intraoperatório. O objetivo do relato de caso é fornecer uma descrição detalhada de um caso clínico específico, demonstrando a apresentação clínica, o diagnóstico, o tratamento e a evolução dessa condição rara. Utilizando-se também, o método da Coleta de Dados, onde os dados clínicos do paciente foram coletados, incluindo história médica, exames físicos, resultados de exames laboratoriais, imagens de diagnóstico por imagem (como ultrassonografia, tomografia computadorizada, etc.) e achados intraoperatórios. Por fim, nas considerações finais, os resultados foram analisados à luz da literatura médica e discutidos em termos de diagnóstico diferencial, manejo terapêutico e desafios específicos encontrados durante o tratamento da paciente.

PALAVRAS CHAVE: SÍNDROME DE MIRIZZI; INTRAOPERATÓRIO; CIRURGIA; RELATO DE CASO.

ABSTRACT

The article in question describes a clinical case of Mirizzi syndrome, a rare condition in which there is compression or obstruction of the common bile duct due to gallstones impacted in the cystic duct or gallbladder. Mirizzi syndrome is a potentially serious complication of cholelithiasis (the presence of stones in the gallbladder). However, the case report details the patient's clinical presentation, which was incredibly asymptomatic. During the surgical procedure (cholecystectomy), surgeons identified anatomical abnormalities and changes typical of Mirizzi syndrome, confirming the intraoperative diagnosis. The objective of the case report is to provide a detailed description of a specific clinical case, demonstrating the clinical presentation, diagnosis, treatment and evolution of this rare condition. Also using the Data Collection method, where the patient's clinical data were collected, including medical history, physical examinations, laboratory test results, diagnostic imaging images (such as ultrasound, computed tomography, etc.) and findings intraoperatively. Finally, in final considerations, the results were analyzed in light of the medical literature and discussed in terms of differential diagnosis, therapeutic management and specific challenges encountered during the patient's treatment.

KEYWORDS: MIRIZZI SYNDROME; INTRAOPERATIVE; SURGERY; CASE REPORT

INTRODUÇÃO

A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, caracterizada pela compressão ou obstrução do ducto biliar comum devido à impactação de cálculos biliares no ducto cístico ou na vesícula biliar. Descrita inicialmente por Pablo Mirizzi em 1948, essa condição representa um desafio diagnóstico e terapêutico devido à sua apresentação clínica variada e à necessidade de intervenção cirúrgica imediata em muitos casos. A síndrome de Mirizzi pode mimetizar outras patologias biliares, como

colecistite aguda, carcinoma da vesícula biliar e estenose do ducto biliar comum, tornando o diagnóstico pré-operatório muitas vezes desafiador.

A apresentação clínica típica inclui dor abdominal, icterícia, febre e alterações nos exames laboratoriais hepáticos. O diagnóstico definitivo da síndrome de Mirizzi muitas vezes é estabelecido durante a cirurgia, quando são identificados achados intraoperatórios característicos, como aderências entre a vesícula biliar e o ducto hepático comum, bem como cálculos impactados no ducto biliar¹.

1. Clínica de Anestesia, Goiânia/GO
2. Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia/GO

ENDEREÇO

LEONARDO ETERNO MEDEIROS DOS SANTOS
E-mail: leonardmed@icloud.com

Neste relato de caso, descrevemos um paciente com síndrome de Mirizzi cujo diagnóstico foi estabelecido durante uma colecistectomia devido à presença de complicações intraoperatórias. Este caso destaca os desafios diagnósticos e terapêuticos associados a essa condição, bem como as estratégias de manejo adotadas para garantir uma intervenção cirúrgica segura e eficaz². Ao relatar esse caso clínico, busca-se contribuir para a compreensão e o manejo dessa condição rara, fornecendo dados e resultados que podem auxiliar na identificação precoce e no tratamento adequado da síndrome de Mirizzi.

OBJETIVO

Relatar o caso de uma paciente descrevendo um caso de colelitíase com complicação de síndrome de Mirizzi, destacando a apresentação clínica, os achados diagnósticos, o tratamento e os achados intraoperatórios e discutir as considerações e os desafios intraoperatórios associados à presença de cálculos impactados e fístula, bem como as estratégias utilizadas para lidar com essas complicações durante a colecistectomia laparoscópica.

MÉTODO

A paciente M.R.R, mulher de 26 anos, foi selecionada com base na apresentação clínica e diagnóstico de colelitíase com complicação de síndrome de Mirizzi. Os dados foram coletados a partir do histórico médico da paciente, incluindo sintomas relatados, resultados de exames laboratoriais, achados de imagem e informações sobre o procedimento cirúrgico.

Foram revisados os exames prévios da paciente, incluindo resultados de leucograma, enzimas hepáticas (GGT, AST, ALT), bilirrubinas, amilase e lipase³. O caso clínico foi detalhadamente descrito, incluindo a história clínica da paciente, os achados físicos, os resultados dos exames prévios e os achados intraoperatórios. Os dados coletados foram analisados à luz da literatura médica relevante, discutindo-se os sintomas, o diagnóstico, o tratamento e os desfechos do caso em questão.

RELATO DO CASO

Paciente M.R.R, feminino, 26 anos, branca foi admitida no Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia para colecistectomia eletiva após diagnóstico ultrassonográfico de colelitíase. A paciente relatava história de 6 meses de epigastria, náuseas e intolerância a alimentos gordurosos. Havia sido internada há 15 dias com sintomas álgicos refratários em hipocôndrio direito, porém sem relato de colestase. Ao exame físico a paciente não apresentava icterícia, dor abdominal, distensão ou massas palpáveis⁴.

Trouxe exames prévios do período de internação, os quais mostravam Leucocitose de 13.540 com 79% de segmentados, GGT 85, bilirrubinas, AST, ALT, amilase e lipase normais. A paciente em questão foi submetida a colecis-

tectomia vídeo laparoscópica com identificação intraoperatória de cálculos impactados no infundíbulo da vesícula biliar com fístula para via biliar principal⁵.

Foi realizada conversão cirúrgica para acesso laparotômico e realizado colangiografia intraoperatória, observando-se a erosão da parede lateral da via biliar principal em menos de um terço de sua circunferência em decorrência do cálculo impactado. O tratamento cirúrgico instituído foi coledocoplastia com drenagem da cavidade⁶.

Diante da evolução benigna do caso a paciente recebeu alta no sexto dia após a operação sem conteúdo biliar exteriorizado no dreno sentinela, o qual foi retirado. Em retorno pós operatório após 15 dias a paciente permanece assintomática.

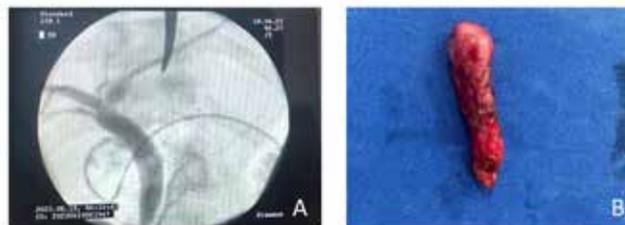


Imagem 01 - As imagens intra-operatórias da abordagem cirúrgica evidenciam em A colangiografia intraoperatória, observando-se erosão da parede lateral da via biliar principal em menos de um terço de sua circunferência em decorrência do cálculo impactado e em B produto de colecistectomia

DISCUSSÃO

A síndrome de Mirizzi pode ser desafiadora de diagnosticar, especialmente durante a cirurgia, devido à sua semelhança com outras condições que também podem causar obstrução biliar. Discutir as estratégias para diferenciar a síndrome de Mirizzi de outras patologias durante a cirurgia pode ser crucial para um manejo adequado. Uma vez que a síndrome de Mirizzi é diagnosticada durante a cirurgia, a abordagem cirúrgica precisa ser cuidadosamente considerada. Isso pode incluir discutir as opções de tratamento, como a remoção dos cálculos biliares, a ressecção da vesícula biliar ou, em casos mais graves, a reconstrução da via biliar⁷.

A síndrome de Mirizzi pode estar associada a complicações intra e pós-operatórias, como lesões biliares, infecções e fístulas biliares. É importante discutir as estratégias para o manejo dessas complicações, bem como a prevenção de sua ocorrência durante e após a cirurgia. Discutir a importância da comunicação e colaboração entre diferentes especialidades pode ser fundamental para garantir o melhor resultado para o paciente⁸.

Em conclusão, por ser uma condição incomum na clínica cirúrgica e pelas possíveis complicações no seu manejo acreditamos que a síndrome de mirizzi deva ser sempre incluída no diagnóstico diferencial de pacientes com colelitíase com alterações clínicas ou laboratoriais associadas.

REFERÊNCIAS

1. BASTOS, A. P.; MAIA, L. M. de O. Síndrome de Mirizzi tipo V – um desafio diagnóstico e de prognóstico alarmante na coleditiase: relato de caso. *Revista de Saúde*, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 56–60, 2019. DOI: 10.21727/rs.v10i2.1706. [Acesso em 4 fev. 2024] Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/1706>;
2. Nagakawa T, Ohta T, Kayahara M, Ueno K, Konishi I, Sanada H. A new classification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic viewpoints. *Hepatogastroenterology* 1997;
3. DALTRO, Michelli; BATISTA, Alexsandro; FECHTNER, Renata; LEMES, Polyana; MENEGATTI, Pedro; VENDRAMEL, Bruna; AZAMBUJA, Kamylla. Relato de caso: Síndrome de Mirizzi diagnosticada no intra-operatório. *COORTE - Revista Científica do Hospital Santa Rosa*, [S. l.], n. 08, 2018. [Acesso em: 5 fev. 2024]. Disponível em: <https://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/106>;
4. TORREZ, S. E. P.; MOTA, I. A. C. Síndrome de Mirizzi: revisão de literatura: Mirizzi Syndrome: a review of the literature. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 16911–16918, 2022;
5. Lacerda P.S. et al, Síndrome De Mirizzi: Um Grande Desafio Cirúrgico, *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2014;27[3]:226-226;
6. FONSECA-NETO, Olival Cirilo Lucena da; PEDROSA, Maria das Graças Lapenda; MIRANDA, Antonio Lopes. Manejo cirúrgico da síndrome de Mirizzi. *Revista Scielo Jun* 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202008000200002>;
7. Reverdito, R., et al, Síndrome De Mirizzi Graus III E IV: Tratamento Cirúrgico, *Rev. Col. Bras. Cir.* 2016; 43[4]: 243-247;
8. McSherry CK, Fertenberg H, Virshup M. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol* 1982; 1:219-25;
9. Morelli A, Narducci F, Ciccone R. Can Mirizzi syndrome be classified into acute and chronic form? An endoscopic retrograde cholangiography (ERC) study. *Endoscopy* 1978; 10:109-12.

ABORTO UNIFETAL EM GESTAÇÃO GEMELAR COM PRESENÇA DE FETO PAPIRÁCEO: RELATO DE CASO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

SINGLE-FETAL ABORTION IN TWIN PRESENCE WITH THE PRESENCE OF A POPYRACEOUS FETUS: CASE REPORT AND CLINICAL IMPLICATIONS

ADELINO NETO^{1,2}; ANA PAULA FERREIRA¹; ANDRE EDUARDO GUIMARÃES¹; NATHALIA VIEIRA¹

RESUMO

Objetivos: Apresentar e analisar um caso clínico de aborto fetal em gestação gemelar com a presença de feto papiroáceo, com ênfase na avaliação diagnóstica, manejo clínico e consequências ao feto coexistente e a saúde materna.

Métodos: Trabalho realizado de forma retrospectiva e descritiva de um quadro clínico de uma paciente. Os dados foram obtidos com o consentimento da paciente através do prontuário médico, além de exames e caderneta da gestante. As demais informações foram adquiridas através de uma busca bibliográfica nas plataformas Google Acadêmico, PubMed e Scielo com os descritores gestação gemelar, feto papiroáceo, aborto fetal, óbito intrauterino, gêmeos.

Discussão: Gestações gemelares são consideradas fatores de risco para ocorrência de óbitos fetal e maternos. A ocorrência de morte de apenas um dos fetos no início da gestação gemelar, possibilita o acontecimento de um evento raro denominado feto papiroáceo, caracterizado pela retenção intrauterina do feto falecido, gerando sua mumificação. Tal situação pode gerar sérias complicações para mãe e o feto viável. **Conclusões:** É uma condição rara que pode ocasionar riscos à saúde da mãe e do feto viável. Entretanto, no caso clínico descrito, não ocorreu comprometimento materno e o feto viável apresentou boa viabilidade.

PALAVRAS CHAVE: GESTAÇÃO GEMELAR, ABORTO FETAL, FETO PAPIRÁCEO, ÓBITO INTRAUTERINO, GÊMEOS.

ABSTRACT

Objectives: To present and analyze a clinical case of fetal abortion in a twin pregnancy with the presence of a papyraceous fetus, with an emphasis on diagnostic evaluation, clinical management and consequences for the coexisting fetus and maternal health. **Methods:** Work carried out retrospectively and descriptively of a patient's clinical condition. The data were obtained with the patient's consent through medical records, in addition to exams and the pregnant woman's notebook. The remaining information was acquired through a bibliographic search on the Google Scholar, PubMed and Scielo platforms with the descriptors twin pregnancy, papyraceous fetus, fetal abortion, intrauterine death, twins. **Discussion:** Twin pregnancies are considered risk factors for fetal and maternal deaths. The occurrence of death of only one of the fetuses at the beginning of twin pregnancy, allows the occurrence of a rare event called papyraceous fetus, characterized by intrauterine retention of the deceased fetus, generating its mummification. This situation can generate serious complications for the mother and the viable fetus. **Conclusions:** It is a rare condition that can pose risks to the health of the mother and the viable fetus. However, in the clinical case described, there was no maternal compromise and the viable fetus showed good viability.

KEYWORDS: TWIN PREGNANCY, FETAL ABORTION, POPYRACEOUS FETUS, INTRAUTERINE DEATH, TWINS.

INTRODUÇÃO

O termo “fetus papyraceus” é uma terminologia empregada para descrever um óvulo degenerado que não progride além das fases iniciais da embriogênese. O fenômeno envolve a morte fetal de um dos gêmeos no início da gravidez, com a compressão do feto falecido muito prova-

velmente devido ao crescimento do feto saudável, seguida pela retenção intrauterina do feto falecido, por pelo menos 10 semanas¹⁻³.

Este fenômeno é um evento raro que ocorre em 0,018-0,02% das gestações multifetais. Ainda, ocorre de forma mais específica em gestações gemelares monocoriônicas,

1. Faculdade Morgana Potrich
2. Hospital São Silvestre

ENDEREÇO

ADELINO CRISTOVÃO NETO
Av. das nações, 616 - bairro vera cruz,
aparecida de goiânia - GO CEP: 74976-190.
E-mail: dr.adelinocn@hotmail.com -
ana.p.m.ferreira@aluno.famp.edu.br

resultando em aborto de um dos fetos. A causa geralmente é idiopática; podendo estar relacionada à síndrome da transfusão feto-fetal, à inserção inadequada do cordão umbilical, inserção velamentosa ou anomalias genéticas e cromossômicas³⁻⁵.

No contexto de gestações gemelares, podemos categorizá-las predominantemente em dois tipos: monocoriônicas e dicoriônicas. As gestações monocoriônicas são notoriamente associadas a um risco significativamente elevado de malformações. Entre as complicações mais comuns nesse cenário clínico, destaca-se a morte fetal devido a conexões vasculares inadequadas na placenta compartilhada^{2,6}.

O prognóstico da gestação após o falecimento de um dos gêmeos é influenciado principalmente pela idade gestacional no momento do óbito fetal e pela corionicidade, independentemente da amnionicidade. Quando a perda ocorre no primeiro trimestre, a morte de um dos fetos não parece estar associada com efeitos adversos no desenvolvimento do sobrevivente, especialmente em gravidezes diamnióticas dicoriônicas⁴.

Observa-se que quanto mais tardia for a ocorrência da morte fetal gemelar, maiores são as complicações tanto para o feto sobrevivente quanto para a mãe. Essas complicações incluem distúrbios no tubo neural, que podem resultar em paralisia cerebral, bem como hipóxia cerebral devido ao desvio sanguíneo do feto saudável para o feto que não sobrevive, através da placenta, ocasionando danos cerebrais isquêmicos. Além disso, outras áreas do corpo também podem ser afetadas, como o sistema digestivo, com a ocorrência de atresia no trato gastrointestinal, e o sistema renal, com a agenesia renal^{1,2}.

Essas complicações exigem acompanhamento médico cuidadoso e tratamento adequado para garantir a segurança da mãe e do feto saudável que está sendo gerado. É fundamental que as gestantes recebam assistência médica adequada durante a gravidez para monitorar a saúde do feto e da mãe e tomar medidas preventivas quando necessário². Nesse sentido, os autores relataram um caso clínico de uma gestação dicoriônica e diamniótica com presença de feto papiráceo proveniente de um aborto de 12 semanas.

RELATO DE CASO

Paciente, 24 anos, do sexo feminino, G2P0A, sem antecedentes mórbitos, iniciou assistência pré-natal em Unidade Básica de Saúde na data de 12 de janeiro de 2023, com idade gestacional aproximada de 07 semanas.

A paciente realizou primeira ultrassonografia (1 trimestre) na data de 10 fevereiro 2023, evidenciando gestação gemelar de 11 semanas e 05 dias, dicoriônica e diamniótica com presença de membrana amniótica, vesícula vitelínica, embrião em ambos os sacos gestacionais, quantidade normal de líquido amniótico nas duas cavidades e anatomias fetais aparentemente normais (Figura 1).



Figura 1: Ultrassonografia morfológica de 1º trimestre de 11 semanas e 05 dias demonstrando gestação gemelar dicoriônica e diamniótica, com embrião em ambos os sacos gestacionais
Fonte: Clínica Shiokawa

Em segunda ultrassonografia realizada em 06 de março de 2023, evidenciou-se gestação gemelar com feto 1 apresentando batimentos cardíacos presentes, rítmicos e com boa vitalidade e biometria compatível com 14 semanas e 3 dias (Figura 2). Já a avaliação ecográfica do feto 2, demonstrava embrião presente, com CCN medindo 55,6 cm, ausência de movimentos e batimentos cardíacos fetais, além de saco gestacional irregular, sinais de reabsorção fetal e biometria compatível com 12 semanas e 1 dia (Figura 3).



Figura 2: Ultrassonografia obstétrica com presença de feto vivo de 14 semanas e 3 dias
Fonte: Diagnóstico Clínica de Ultrassom



Figura 3: Ultrassonografia obstétrica com presença de feto morto, sinais de reabsorção fetal e biometria compatível com 12 semanas e 1 dia
Fonte: Diagnose Clínica de Ultrassom

O seguimento da gestação foi feito através de exames de rotina pré-natal, inclusive sorologias, todos sem anormalidades, além de ultrassonografias com doppler- fluxometrias mensais, que demonstraram padrão de normalidade para o feto sobrevivente, não evidenciando riscos maternos ou fetais, permitindo um total de 11 consultas pré-natais.

Às 39 semanas de gestação, na data de 22 de agosto de 2023, foi realizada cesariana eletiva no Hospital São Silvestre, em Goiânia-GO, o procedimento ocorreu sem intercorrências, com bom resultado final e recém-nascido do sexo masculino com peso de 3590g e Apgar 8/9. Após o nascimento do gêmeo viável, realizou-se a extração de feto morto, com aspecto papiráceo, macerado, sexo indefinido e encaminhado ao anátomo patológico (Figura 4). O recém-nascido e puerpera evoluíram sem intercorrência, recebendo alta do alojamento em 2 dias.



Figura 4: Feto papiráceo, macerado com placenta
Fonte: Arquivos do Autor

DISCUSSÃO

O termo "feto papiráceo" é fundamentado na analogia entre o feto e uma substância inanimada, atribuindo-lhe uma textura sólida que se assemelha à consistência de pedra. Esta terminologia é empregada para descrever um óvulo degenerado que não progride além das fases iniciais da embriogênese. O fenômeno envolve a morte fetal de um dos gêmeos no início da gravidez, seguida pela retenção intrauterina do feto falecido, por pelo menos 10 semanas. A compressão do feto falecido ocorre devido ao crescimento do feto saudável, resultando em uma aparência plana e fina, semelhante a papel¹⁻³.

Este fenômeno é um evento raro que ocorre em 0,018-0,02% das gestações multifetais. Ainda, ocorre de forma mais específica em gestações gemelares monocoriônicas, resultando em aborto de um dos fetos. A causa geralmente é idiopática; no entanto, pode estar relacionada à síndrome da transfusão feto-fetal, que resulta de discrepâncias na circulação sanguínea entre os fetos ou à inserção inadequada do cordão umbilical, geralmente ocorrendo no centro da massa placentária, além de anomalias genéticas e cromossômicas. Uma variante anômala conhecida como inserção velamentosa, caracterizada por vasos sanguíneos que se conectam às membranas que envolvem a placenta, em vez de se inserirem diretamente no seu centro. Esses fatores podem agravar a perda fetal, além de contribuir para anomalias congênitas³⁻⁵.

No contexto de gestações gemelares, podemos categorizá-las predominantemente em dois tipos: monocoriônicas e dicoriônicas. As gestações monocoriônicas são notoriamente associadas a um risco significativamente elevado de malformações, devido à intensa competição por nutrientes e oxigênio entre os fetos que compartilham uma única placenta. Quando essa competição atinge níveis graves, os riscos de mortalidade e morbidade perinatal aumentam consideravelmente. Entre as complicações mais comuns nesse cenário clínico, destaca-se a morte fetal devido a conexões vasculares inadequadas na placenta compartilhada^{2,6}.

O prognóstico da gestação após o falecimento de um dos gêmeos é influenciado principalmente pela idade gestacional no momento do óbito fetal e pela corionicidade, independentemente da amnionicidade. Quando a perda ocorre no primeiro trimestre, a morte de um dos fetos não parece estar associada com efeitos adversos no desenvolvimento do sobrevivente, especialmente em gravidezes diamniótico dicoriônico. Neste caso, os pacientes podem ser assintomático ou apresentarem dor abdominal e sangramento genital leve. No entanto, a morte de um único feto após 14 semanas, e especialmente após a 20 semana de gestação, está associada a efeitos adversos sobre o feto vivo, com maior risco de prematuridade (espontânea ou iatrogênica), restrição do crescimento intrauterino, morbidade neurológica, pré-eclâmpsia, hemorragia e sepse⁴.

O processo de morte fetal pode acarretar sérias complicações para a mãe, como complicações no momento do parto, por exemplo distocia. Além disso, a morte fetal pode levar a distúrbios na coagulação intravascular devido à significativa liberação de tromboplastina a partir do tecido fetal falecido. Essa tromboplastina liberada pode entrar na circulação materna, resultando em alterações na cascata de coagulação, um processo crítico na hemostasia¹. No caso clínico descrito, não houve intercorrências, muito provavelmente devido à idade gestacional do óbito fetal ser abaixo da 14ª semana de gestação e por se tratar de uma gestação diamniótica dicoriônica.

Ainda, é importante destacar outro ponto em relação ao feto gemelar que permanece vivo. Observa-se que quanto mais tardia for a ocorrência da morte fetal gemelar, maiores são as complicações tanto para o feto sobrevivente quanto para a mãe. Essas complicações incluem distúrbios no tubo neural, que podem resultar em paralisia cerebral, bem como hipóxia cerebral devido ao desvio sanguíneo do feto saudável para o feto que não sobrevive, através da placenta, ocasionando danos cerebrais isquêmicos². Além disso, outras áreas do corpo também podem ser afetadas, como o sistema digestivo, com a ocorrência de atresia no trato gastrointestinal, e o sistema renal, com a agenesia renal^{1,2}.

O manejo em gestações dicoriônicas, é que a gravidez prossiga até pelo menos 38 semanas, desde que tanto o estado de saúde materno quanto a gestação fetal estejam asseguradas. Exceto se houver outra indicação obstétrica para interrupção da gestação. No caso de gestações monocoriônicas, o manejo conservador é uma opção viável, especialmente antes das 34 semanas, devido aos riscos neonatais mais elevados associados à prematuridade. Nesse contexto, a administração de corticoterapia pré-natal deve ser considerada^{3,4}. A paciente em questão pariu com 39 semanas, através de uma cesariana eletiva, sem intercorrências, com nascimento de gêmeo viável.

Para gestações gerenciadas de forma conservadora, a atenção deve ser provida com equipamentos de monitoramento do bem-estar fetal por meio de ultrassonografias seriadas para acompanhar o crescimento do feto e o volume de líquido amniótico. A avaliação da anemia fetal através da medição da velocidade sistólica máxima na artéria cerebral média por meio de ultrassonografia Doppler é um parâmetro eficaz para monitorar o estado de saúde do feto. Para monitoramento materno, coagulação sanguínea testes são recomendados^{3,4}.

Além disso, especial atenção deve ser dada à pressão arterial e níveis de proteinúria. Isto se deve ao maior risco de distúrbios hipertensivos associados a gestações gemelares, especialmente aquelas em que um dos fetos morre^{3,4}. Na gestante do caso clínico, exames complementares como USG com doppler foram realizadas de forma mensal, afim de verificar a viabilidade do feto, além de exa-

mes laboratoriais (todos sem alterações) a cada trimestre, como previsto pelo Ministério da Saúde. Essas complicações exigem acompanhamento médico cuidadoso e tratamento adequado para garantir a segurança da mãe e do feto saudável que está sendo gerado. É fundamental que as gestantes recebam assistência médica adequada durante a gravidez para monitorar a saúde do feto e da mãe e tomar medidas preventivas quando necessário².

CONCLUSÃO

O presente relato de caso ilustra uma gestação gemelar dicoriônica e diamniótica, com ocorrência de feto papiiráceo, um evento raro que ocorre em uma pequena porcentagem de gestações multifetais. Uma paciente foi submetida a um acompanhamento pré-natal específico, incluindo ultrassonografias periódicas e exames laboratoriais, que permitiram uma avaliação abrangente do bem-estar fetal e materno. A detecção precoce da morte fetal e o manejo adequado foram cruciais para garantir a segurança da mãe e do feto sobrevivente. A realização de uma cesariana eletiva em 39 semanas de gestação resultou em um resultado positivo, com o nascimento de um recém-nascido saudável.

O caso ressalta a importância do acompanhamento atento e da intervenção médica oportuna em gestações gemelares, especialmente quando há a ocorrência de complicações como o feto papiiráceo. A compreensão dos fatores de risco e a implementação de protocolos de monitoramento são essenciais para garantir um avanço progressivo para mãe e filho. Além disso, o relato destaca a relevância do conhecimento e da capacidade de identificação de condições clínicas menos comuns, como o feto papiiráceo, para garantir a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e a tomada de decisões informadas durante a gestação gemelar.

REFERÊNCIAS

1. Correia L, Valdoleiros S, Marujo A, Silva A, Simões T. Fetus papyraceous: A rare cause of labor dystocia. *Porto Acta Obstet Ginecol.* 2014;8(2):189-92.
2. Gadre S, Gangatirkar R. Fetus papyraceous in monochorionic diamniotic twins. *J Obstet Gynaecol India.* 2019;69:40-3.
3. Timilsina N, Tamrakar SR, Thapaliya S, Sachdeva C, Tamang A. Fetus papyraceous disguised as compound presentation: a case report. *Ann Med Surg [Internet].* 2022 Sep;81:104481. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080122012419> doi: 10.1016/j.amsu.2022.104481
4. Macêdo Maciel RA, Leal CRV, Fistarol M, Paiva SCP, Pedrosa MS, Maia MLP. Morte fetal e feto papiiráceo em gestação gemelar: relato de caso. *EMJ Repro Saúde.* 2021;7(1):72-6.
5. Matovelo D, Ndaboine E. Fetus papyraceus causing dystocia in a rural setting: a case report. *J Med Case Rep.* 2015 Aug 15;9:178.
6. Al Riyami N, Al-Rusheidi A, Al-Khabori M. Perinatal outcome of monochorionic in comparison to dichorionic twin pregnancies. *Oman Med J.* 2013 May;28(3):173-7.

CIRURGIA CARDÍACA MINIMAMENTE INVASIVA PARA SUBSTITUIÇÃO DE BIOPRÓTESE AÓRTICA IMPLANTADA POR VIA TRANSCATETER APÓS DEGENERAÇÃO PRECOCE. RELATO DE CASO.

MINIMALLY INVASIVE CARDIAC SURGERY TO REPLACE TRANSCATHETER IMPLANTED AORTIC BIOPROSTHESIS AFTER EARLY DEGENERATION. CASE REPORT

LARISSA MANZAN DE ALCÂNTARA BORGES¹; GIULLIANO GARDENGHI^{1,2}; JOÃO ALBERTO PANSANI²; STANLEY DE OLIVEIRA LOYOLA^{1,2}; GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO^{1,2}; ARTUR HENRIQUE DE SOUZA²

RESUMO

A substituição cirúrgica de uma prótese valvar aórtica implantada por via transcatheter (TAVI) que apresentou degeneração precoce (em menos de 24 meses após seu implante) não ocorre comumente em curto espaço de tempo e pode estar relacionada a pior prognóstico e complicações. A cirurgia cardíaca minimamente invasiva pode minimizar o estresse cirúrgico em situações em que ocorra fragilidade do indivíduo submetido. O presente artigo tem por finalidade realizar uma revisão do tema e descrever um caso de uma paciente de 84 anos, frágil, que apresentou disfunção valvar após TAVI e foi submetida a substituição cirúrgica da bioprótese, por meio de cirurgia minimamente invasiva.

PALAVRAS CHAVE: COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS; ESTENOSE DA VALVA AÓRTICA; CIRURGIA TORÁCICA; SUBSTITUIÇÃO DA VALVA AÓRTICA TRANSCATETER.

ABSTRACT

Surgical replacement of a transcatheter implanted aortic valve prosthesis (TAVR) that presented early degeneration (in less than 24 months after its implantation) does not commonly occur in a short period of time and may be related to a worse prognosis and complications. Minimally invasive cardiac surgery can minimize surgical stress in situations where the individual undergoing it is fragile. The purpose of this article is to review the topic and describe a case of a frail 84-year-old patient who presented with valve dysfunction after TAVR and underwent surgical replacement of the bioprosthesis, through minimally invasive surgery.

KEYWORDS: POSTOPERATIVE COMPLICATIONS; AORTIC VALVE STENOSIS; THORACIC SURGERY; TRANSCATHETER AORTIC VALVE REPLACEMENT.

INTRODUÇÃO

A estenose aórtica é uma anormalidade caracterizada pelo estreitamento do orifício valvar aórtico, que resulta na obstrução do fluxo de saída do ventrículo esquerdo. A etiologia se relaciona a faixa etária da população acometida. Na população com mais de 70 anos, está relacionada a calcificação, e na população mais jovem, à valva bicúspide. Em relação à prevalência, está presente em 0,5% da população em geral.¹

Como tratamento, a cirurgia de substituição valvar (SVA) é a terapia de primeira linha para pacientes com valvopatias. A válvula nativa disfuncional é substituída por uma artificial, podendo ser mecânica ou bioprotética. Paralelamente, a substituição valvar aórtica transcatheter (TAVI) surgiu como uma opção válida para pacientes com estenose aórtica sintomática grave e adequadamente selecionados. A TAVI é uma alternativa a técnica aberta por esternotomia, para pacientes com estenose aórtica sintomática.

1. Clínica de Anestesia, Goiânia/GO
2. Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia/GO

ENDEREÇO

GIULLIANO GARDENGHI
CET – CLIANEST, R. T-32, 279
St. Bueno, Goiânia - GO - CEP: 74210-210
E-mail: coordenacao.cientifica@ceafi.edu.br

mática grave e adequadamente selecionados. Vários estudos randomizados estabeleceram a superioridade da TAVI para o tratamento de pacientes que apresentam um risco proibitivo e alto de mortalidade cirúrgica e como uma alternativa razoável para idosos com risco intermediário de mortalidade cirúrgica.^{1,2,3,4}

A durabilidade da TAVI é menos bem definida do que a SVA. Na literatura, estudos sobre a durabilidade do TAVI se estendem apenas a cinco anos, período inferior ao tempo esperado de deterioração das válvulas usadas na SVA. A durabilidade da TAVI é ainda menos definida na população de pacientes com valvas aórticas bicúspides (VAB).³ A troca valvar pode ser por uma prótese mecânica ou bioprotética, tendo cada opção vantagens e desvantagens em relação a durabilidade e anticoagulação, por exemplo. A principal desvantagem da bioprótese é a durabilidade, relacionada a degeneração estrutural da válvula (DVS), uma condição que eventualmente requer a substituição valvar refeita, uma intervenção cirúrgica importante. A probabilidade de DVS é muito baixa nos primeiros 10 anos após a substituição valvar em idosos, com um aumento gradual na incidência após esse período.^{2,3,5}

No caso clínico relatado neste estudo, foi realizada a inserção de bioprótese por meio de TAVI, em uma paciente adequadamente selecionada, segundo os critérios encontrados na literatura, que apresentou degeneração da bioprótese valvar aórtica em um período acentuadamente inferior aos já registrados na literatura. O presente relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiás sob o CAAE: 38630920.7.0000.0033.

RELATO DO CASO

Paciente de 84 anos, 1,43 m, 55 kg, portadora de hipertensão arterial sistêmica, estenose aórtica, hipertensão ventricular esquerda, aterosclerose difusa, hipertensão pulmonar, doença péptica (gastrite), pólipos intestinais, doença diverticular dos cólons, hipotireoidismo, bexiga neurogênica e insuficiência cardíaca (congestão pulmonar e baixo débito cardíaca) de difícil controle. Em uso de Brasart HCT®, Selozok®, Trezor®, AAS®, Marevan®, Euthyrox®, Uniprost® e Venaflon®. Foi submetida a TAVI para implante de bioprótese valvar aórtica (Sapien S3® 20 mm) em 03/11/2021, devido quadro de estenose valvar aórtica importante e sintomática. Em 22/06/2023 paciente foi admitida em pronto atendimento com queixa de astenia, mal-estar, desconforto abdominal, dispneia aos esforços. Apresentava também quadro de hemorragia digestiva alta (melena) e anemia normocítica e normocrômica sem repercussão hemodinâmica com necessidade de transfusão. Apresentava RNI elevado, sendo suspenso Marevan® na admissão, devido a hemorragia digestiva alta.

Paciente apresentava ecocardiograma transtorácico realizado previamente, em 23/05/23, com os seguintes

achados: diâmetro da raiz da aorta (Ao): 25 mm, átrio esquerdo (AE): 40 mm, diâmetro ventricular direito (VD): 24 mm, diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo (DDVE): 43 mm, diâmetro sistólico final do ventrículo esquerdo (DSVE): 25 mm. Presença de endoprótese aórtica biológica, com visibilização inadequada dos seus folhetos ao exame transtorácico, porém apresentando estenose de grau acentuado e insuficiência intraprotética de grau leve a moderado (gradiente sistólico pico de 126 mmHg e médio de 78 mmHg, tempo de aceleração do fluxo aórtico (TA): 137 ms, TA/ Tempo de ejeção do fluxo aórtico (TE): 0,37, índice de velocidade doppler (DVI): 0,23, área efetiva do orifício estimada pela equação de continuidade em 0,57cm², indexada de 0,40; parâmetros da insuficiência aórtica: vena contracta: 3,6 mm e tempo de decaimento de meia pressão = 309 ms). Insuficiências valvares mitral e tricúspide de grau leve. Alta probabilidade ecocardiográfica de hipertensão pulmonar. Em ecocardiograma transesofágico realizado em 20/06/2023, apresentava: Ao: 25 mm, AE: 36 mm, VD: 22 mm, DDVE: 44 mm, DSVE: 27 mm. Doppler de prótese biológica aórtica: gradiente médio: 72 mmHg, gradiente de pico: 117 mmHg, velocidade de pico 5,4 m/s, DVI: 0,21, TA: 124 ms, área estimada 0,51 cm². Fluxo turbulento em átrio direito, com velocidade de pico 3,3 m/s, fluxo turbulento em via de saída do ventrículo esquerdo compatível com insuficiência aórtica central. Disfunção diastólica do VE moderada.

Evidenciada disfunção de bioprótese valvar aórtica - estenose de grau acentuado e insuficiência intraprotética de grau leve a moderado secundária a degeneração da bioprótese valvar, associada a história de insuficiência cardíaca (congestão pulmonar e baixo débito cardíaca) de difícil controle, paciente foi avaliada pela equipe de cirurgia cardíaca e pela equipe de hemodinâmica. Considerada inviável realização do procedimento por via percutânea, sendo então indicado troca valvar aórtica por cirurgia aberta, com proposta de minimamente invasiva (figuras 01 e 02).

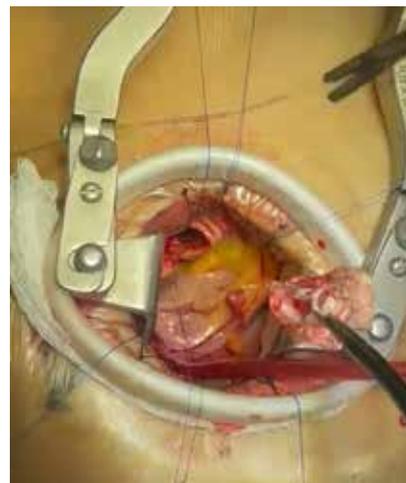


Figura 01. Cirurgia minimamente invasiva para retirada da bioprótese valvar aórtica anterior.



Figura 02. Aspecto da bioprótese valvar aórtica degenerada, após sua extração.

Paciente foi submetida em 20/07/2023 a cirurgia cardíaca de implante de bioprótese valvar aórtica no. ²³ (Crown PRT®), ampliação do anel aórtico e da aorta com pericárdio bovino, por minitoracotomia ântero lateral/paraesternal direita, com sucesso e sem intercorrências (figura 03).



Figura 03. Implante da nova prótese valvar aórtica por cirurgia minimamente invasiva.

Paciente monitorizada com cardioscópio, oxímetro de pulso, temperatura, pressão arterial não invasiva, capnógrafo, analisador de gases e Conox. Realizado cateterismo de artéria radial para pressão arterial invasiva, cateter venoso central em veia subclávia, acesso venoso com jelco n 20 e passagem de sonda vesical de demora. Submetida a anestesia geral balanceada, com indução venosa e manutenção

com anestésico inalatório. Mantida em ventilação mecânica controlada em sistema circular com reabsorção de gases.

O tempo de CEC foi de 156 minutos e o tempo de pinça de 119 minutos. Realizada hemotransfusão (03 concentrados de hemáceas no centro cirúrgico e transfundido 08 unidades de crioprecipitado). Utilizado sistema de autotransfusão (Cell Saver). Identificado derrame pleural à direita, realizada drenagem torácica. Encaminhada a UTI ainda intubada, em ventilação mecânica, hemodinamicamente estável e em uso de nitroprussiato de sódio (0.76 mcg/kg/minuto). Manteve-se estável, apresentou despertar efetivo e foi extubada com sucesso e sem intercorrências. Manteve-se estável, ajustado medicação anti-hipertensiva, desmamado e retirado nitroprussiato de sódio. Retirado dreno torácico. Em 21/07/2023 recebeu alta da UTI.

Realizado ecocardiograma transtorácico em 22/07/23, que evidenciou bom resultado cirúrgico: dilatação leve do átrio esquerdo (volume indexado = 41 ml/m²), VE com dimensões normais, função sistólica preservada e disfunção diastólica moderada. Prótese biológica em posição aórtica normofuncionante, sem sinais de estenose (gradiente médio = 6 mmHg e de pico = 11 mmHg), sem insuficiência. Valva mitral com discreta calcificação do anel e insuficiência de grau leve. Insuficiência tricúspide de grau leve. Dilatação moderada da raiz aórtica (48 mm, pós ampliação cirúrgica).

DISCUSSÃO

A estenose aórtica é caracterizada pelo estreitamento da válvula aórtica que interfere no fluxo de sangue do ventrículo esquerdo do coração para a aorta. Os sintomas de estenose aórtica incluem fadiga aos esforços, sopro cardíaco, dor ou opressão no peito, palpitações cardíacas, falta de ar e sensação de desmaio ou tontura ao esforço. Entre as complicações da estenose aórtica incluem-se insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, coágulos sanguíneos, endocardite e morte súbita. ⁶

Em relação a fisiopatologia, a estenose aórtica parece ser mediada por um processo inflamatório, semelhante ao da aterosclerose, e a deposição calcificada pode ocorrer na fase final do processo cicatricial, semelhante ao ateroma coronariano. A partir da deposição e o espessamento valvar, ocorre a obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo, levando a hipertrofia da parede. O miocárdio torna-se menos complacente devido ao aumento da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo e ao comprometimento do relaxamento. A pré síncope e síncope podem ocorrer em situações de alta demanda cardíaca, vasodilatação e arritmia. Na doença grave pode ocorrer angina, devido ao aumento da massa do ventrículo esquerdo, enchimento coronariano deficiente e redução da reserva de fluxo coronariano. O risco de morte súbita cardíaca é proporcional a gravidade da doença. ^{1,6}

O uso de biopróteses valvares tem aumentado constantemente na última década e ultrapassado as valvas

mecânicas, com a prótese valvar aórtica sendo a mais comum. Essa tendência é provavelmente multifatorial, explicada pelo melhor desempenho hemodinâmico das biopróteses aórticas, às preferências de estilo de vida do paciente, a ausência de necessidade de anticoagulação sistêmica prolongada e pelo envelhecimento da população-alvo.^{3, 4, 5} A TAVI é um procedimento minimamente invasivo, em que uma válvula protética, que substituirá a válvula danificada, é inserida através de um cateter, por vias de acesso como artéria femoral, artéria subclávia, artéria carótida comum.^{6, 7}

As diretrizes para relatar os resultados das biopróteses valvares classificam os fatores relacionados que afetam a durabilidade e promovem a disfunção valvar em DVS e não-DVS. A fisiopatologia corresponde a degeneração calcificada como resultado de esforços mecânicos repetitivos. Há uma variabilidade importante na definição de DVS, com uma definição universal ainda ausente.^{3, 4} Não-DVS refere-se a processos secundários que envolvem a valva, como paciente-prótese-incompatibilidade, trombose do folheto valvar, endocardite, pannus ingrowth ou vazamento paravalvar. DVS e não-DVS não são processos exclusivos. Mecanismos não-DVS, como incompatibilidade paciente-prótese, trombose do folheto e regurgitação paravalvar, têm sido associados à DVS acelerada devido à alteração hemodinâmica valvar e estresse mecânico.⁴

A DVS é definida como degeneração ou disfunção intrínseca dos materiais protéticos valvares. Estudos anteriores definiram DVS como necessidade de reoperação, por ausência de acompanhamento ecocardiográfico cuidadoso e regular, mas não fornecem critérios específicos para definir a DVS e/ou a indicação de reoperação. Com base nas alterações dos gradientes transprotéticos e na gravidade da regurgitação ao ecocardiograma, o termo "deterioração hemodinâmica da válvula" foi introduzido. Há diversas propostas de definição para DVS bioprotética de acordo com critérios ecocardiográficos, incluindo uma progressão do gradiente aórtico transprotético, levando a um gradiente médio de ≥ 30 mm Hg associado a uma área de orifício efetivo reduzida para ≤ 1 cm² ou insuficiência aórtica intraprotética grau ≥ 3 .²⁻⁴

Há várias limitações em relação a avaliação da durabilidade da válvula transcater e a incidência de DVS na literatura cirúrgica. Isto porque a ausência de reintervenção valvar é um desfecho clínico comum, o que subestima a verdadeira incidência de DVS, pois a reoperação pode não ser oferecida a todos os pacientes e alguns podem morrer antes da detecção ecocardiográfica de DVS.^{3, 4}

A paciente relatada nesse artigo foi submetida a SVA por via minimamente invasiva. A cirurgia por técnica minimamente invasiva tem se mostrado uma excelente opção para o tratamento das doenças das valvas atrioventriculares. Cirurgiões especificamente treinados nessa abordagem tem alcançado excelentes resultados compara-

dos àqueles obtidos pela técnica de esternotomia, mas apresentando algumas vantagens sobre a técnica convencional como: melhor controle de dor, menor tempo de internação hospitalar, menor tempo de recuperação, menor necessidade transfusão de hemoderivados, menores taxas de infecção perioperatórias, menor necessidade de exames de imagem e laboratoriais e menor taxa de reinternação no primeiro ano pós-operatório, melhor resultado estético e menor custo geral.^{8,9-11}

REFERÊNCIAS

1. Clayton B, Morgan-Hughes G, Roobottom C. Transcatheter aortic valve insertion (TAVI): a review. *Br J Radiol.* 2014;87(1033):20130595. doi:10.1259/bjr.20130595
2. Rodriguez-Gabella T, Voisine P, Puri R, Pibarot P, Rodés-Cabau J. Aortic Bioprosthetic Valve Durability: Incidence, Mechanisms, Predictors, and Management of Surgical and Transcatheter Valve Degeneration. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(8):1013-1028. doi:10.1016/j.jacc.2017.07.715
3. Kataruka A, Otto CM. Valve durability after transcatheter aortic valve implantation. *J Thorac Dis.* 2018;10(Suppl 30):S3629-S3636. doi:10.21037/jtd.2018.07.38
4. Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, Pibarot P, Hahn RT, Genereux P, Kodali SK, Kapadia SR, Cohen DJ, Pocock SJ, Lu M, White R, Szerlip M, Ternacle J, Malaisrie SC, Herrmann HC, Szeto WY, Russo MJ, Babaliaros V, Smith CR, Blanke P, Webb JG, Makkar R; PARTNER 3 Investigators. Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Low-Risk Patients at Five Years. *N Engl J Med.* 2023 Nov 23;389(21):1949-1960. DOI: 10.1056/NEJMoa2307447
5. Kostyunin AE, Yuzhalin AE, Rezvova MA, Ovcharenko EA, Glushkova TV, Kutikhin AG. Degeneration of Bioprosthetic Heart Valves: Update 2020. *J Am Heart Assoc.* 2020 Oct 20;9(19):e018506. doi: 10.1161/JAHA.120.018506. Epub 2020 Sep 21. PMID: 32954917; PMCID: PMC7792365.
6. Young C, Horton J. Transcatheter Aortic Valve Implantation for Patients With Severe Symptomatic Aortic Stenosis [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2021 Jul. PMID: 36173871. <https://doi.org/10.2217/fca-2017-0056>
7. Mariathas M, Rawlins J, Curzen N. Transcatheter aortic valve implantation: where are we now? *Future Cardiol.* 2017 Nov;13(6):551-566. doi: 10.2217/fca-2017-0056. Epub 2017 Oct 24. PMID: 29064293.
8. Ko K, de Kroon TL, Post MC, Kelder JC, Schut KF, Saouti N, van Putte BP. Minimally invasive mitral valve surgery: a systematic safety analysis. *Open Heart.* 2020 Oct;7(2):e001393. doi: 10.1136/openhrt-2020-001393.
9. Vervoort D, Nguyen DH, Nguyen TC. When Culture Dictates Practice: Adoption of Minimally Invasive Mitral Valve Surgery. *Innovations (Phila).* 2020 Sep/Oct;15(5):406-409. doi: 10.1177/1556984520948644.
10. Paparella D, Fattouch K, Moscarelli M, Santarpino G, Nasso G, Guida P, Margari V, Martinelli L, Coppola R, Albertini A, Del Giglio M, Gregorini R, Speziale G. Current trends in mitral valve surgery: A multicenter national comparison between full-sternotomy and minimally-invasive approach. *Int J Cardiol.* 2020 May 1;306:147-151. doi: 10.1016/j.ijcard.2019.11.137.
11. Nakayama T, Nakamura Y, Kanamori K, Hirano T, Kuroda M, Nishijima S, Ito Y, Tsuruta R, Hori T. Early and midterm results of minimally invasive aortic and mitral valve surgery via right mini-thoracotomy. *J Card Surg.* 2020 Jan;35(1):35-39. doi: 10.1111/jocs.14313.

MANEJO DO ABSCESSO ANORRETAL NA DOENÇA CRIPTOGLANDULAR: REVISÃO DE LITERATURA

CHALLENGES IN THE EMERGENCY: MANAGEMENT OF ANORECTAL ABSCESS IN CRYPTOGLANDULAR DISEASE: LITERATURE REVIEW

LEONARDO ETERNO MEDEIROS DOS SANTOS¹; ISABELLE MARTINS NÓBREGA^{1,2}; RENATA DE SOUZA GUERRA¹

RESUMO

Este artigo científico aborda a doença criptoglandular, com foco específico no abscesso anorretal, uma condição comum e potencialmente grave que requer atenção urgente e intervenção médica adequada. A doença criptoglandular refere-se a um processo infeccioso que se desenvolve nas glândulas anorretais, geralmente resultando em abscesso e, se não tratada, em fístula. O abscesso anorretal é uma complicação aguda da doença criptoglandular, caracterizada por inflamação e acúmulo de pus nos tecidos ao redor do ânus e reto. Este artigo destaca a importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do abscesso anorretal, que incluem dor intensa, vermelhidão, inchaço e febre. O tratamento inicial geralmente consiste em drenagem cirúrgica do abscesso, que pode ser realizada em regime ambulatorial ou em ambiente hospitalar, dependendo da gravidade e extensão da infecção. É enfatizada a importância do manejo adequado pós-drenagem, incluindo cuidados locais com a ferida, analgesia apropriada e possivelmente antibioticoterapia, especialmente em casos complicados. Além disso, o artigo destaca a necessidade de acompanhamento cuidadoso para evitar complicações a longo prazo, como a formação de fístulas anorretais. O artigo em questão se utilizou do Referencial teórico, por meio de uma revisão bibliográfica a respeito do assunto, coletando o máximo de dados, sob uma perspectiva geral, a pesquisa acerca do tema foi feita através de estudos de artigos, obras literárias e a análise de pesquisas e fatos. Por fim, o trabalho fornece uma visão abrangente da doença criptoglandular na urgência, com foco no abscesso anorretal, ressaltando a importância da identificação precoce, diagnóstico preciso e manejo adequado para otimizar os resultados clínicos e reduzir o risco de complicações.

PALAVRAS CHAVE: DOENÇA CRIPTOGRANDULAR; TRATAMENTO; CONSEQUÊNCIAS; PREVENÇÃO.

ABSTRACT

This scientific article addresses cryptoglandular disease, with a specific focus on anorectal abscess, a common and potentially serious condition that requires urgent attention and appropriate medical intervention. Cryptoglandular disease refers to an infectious process that develops in the anorectal glands, generally resulting in an abscess and, if left untreated, a fistula. Anorectal abscess is an acute complication of cryptoglandular disease, described by inflammation and accumulation of pus in the tissues around the anus and rectum. This article highlights the importance of early recognition of the signs and symptoms of anorectal abscess, which include intense, severe pain, swelling, and fever. Initial treatment usually consists of surgical abscess surgery, which can be performed on an outpatient basis or in a hospital setting, depending on the severity and extent of the infection. The importance of appropriate post-drainage management, including local wound care, specific analgesia and possibly antibiotic therapy, especially in complicated cases, is emphasized. Furthermore, the article highlights the need for careful monitoring to avoid long-term complications such as the formation of anorectal fistulas. The article in question is used from the Theoretical Reference, through a bibliographical review on the subject, collecting as much data as possible, from a general perspective, research on the topic was carried out through studies of articles, literary works and an analysis of research and facts. Finally, the work provides a comprehensive overview of cryptoglandular disease in the emergency department, with a focus on anorectal abscess, highlighting the importance of early identification, accurate diagnosis and appropriate management to improve clinical outcomes and reduce the risk of complications.

KEYWORDS: CRYPTOGRANDULAR DISEASE; TREATMENT; CONSEQUENCES; PREVENTION.

INTRODUÇÃO

A doença criptoglandular e o abscesso anorretal representam uma das condições mais comuns e desafiadoras

encontradas na prática clínica proctológica e cirúrgica. Essa afecção, embora frequentemente subestimada, pode causar significativo desconforto e comprometimento

1. Hospital Estadual De Aparecida de Goiânia, Aparecida de Goiânia-GO
2. Hospital De Urgências de Goiânia, Goiânia - GO

ENDEREÇO

LEONARDO ETERNO MEDEIROS DOS SANTOS
Avenida Diamante, S/N. St. Conde dos Arcos.
Aparecida de Goiânia - GO
E-mail: leoprmcg@gmail.com

da qualidade de vida dos pacientes, além de potenciais complicações graves se não tratada adequadamente. A doença criptoglandular é caracterizada por uma infecção das glândulas anorretais localizadas nas proximidades do canal anal, desencadeando um processo inflamatório que pode culminar na formação de abscessos anorretais.

Estes abscessos, quando não diagnosticados precocemente e tratados de maneira eficaz, podem evoluir para fístulas anorretais, complicando ainda mais o quadro clínico e o manejo terapêutico. A abordagem da doença criptoglandular e do abscesso anorretal na urgência médica exige uma compreensão abrangente da fisiopatologia subjacente, dos sinais e sintomas característicos e das estratégias diagnósticas e terapêuticas disponíveis.

A identificação precoce, a intervenção adequada e o acompanhamento meticuloso são fundamentais para minimizar complicações, prevenir recorrências e promover a recuperação completa dos pacientes. Neste contexto, este artigo propõe explorar em detalhes a doença criptoglandular na urgência, com foco especial no abscesso anorretal. Serão discutidos aspectos relevantes da definição, fisiopatologia, apresentação clínica, diagnóstico, tratamento e prognóstico dessa condição, bem como estratégias para otimizar a gestão desses casos desafiadores na prática clínica contemporânea¹.

Ao oferecer uma análise abrangente e atualizada, este artigo visa fornecer insights valiosos aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes com doença criptoglandular na urgência médica.

DEFINIÇÃO E FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA CRIPTOGLANDULAR

A doença criptoglandular, especificamente relacionada ao abscesso anorretal, é uma condição caracterizada pela inflamação das glândulas anorretais localizadas na região do ânus e do reto. Essas glândulas produzem muco para lubrificar o canal anal durante a passagem das fezes. Quando ocorre uma obstrução ou infecção dessas glândulas, pode-se desenvolver um abscesso anorretal. A doença criptoglandular refere-se à infecção de uma ou mais das glândulas anorretais².

A palavra "cripto" vem do grego e significa "escondido" ou "inacessível", o que indica que essas glândulas estão localizadas na parte mais interna do canal anal, próximas ao ânus, e podem ser difíceis de acessar diretamente. A fisiopatologia da doença criptoglandular e do abscesso anorretal envolve um processo sequencial: Obstrução das Glândulas Anorretais que é frequentemente o primeiro passo na patogênese. Isso pode ocorrer devido a várias razões, incluindo constipação crônica, trauma local, aumento da pressão intra-retal ou irritação local. A Proliferação Bacteriana, quando ocorre a obstrução das glândulas, o muco produzido não consegue ser secretado normalmente para a superfície do canal anal. Isso cria um

ambiente propício para a proliferação bacteriana dentro das glândulas obstruídas. A Inflamação e Formação do Abscesso, visto que a presença de bactérias dentro das glândulas obstruídas desencadeia uma resposta inflamatória local. Isso leva à formação de um abscesso anorretal, que é uma coleção de pus e tecido inflamatório ao redor das glândulas anorretais infectadas³.

A Apresentação Clínica, pois o abscesso anorretal pode se manifestar com sintomas como dor intensa, inchaço, vermelhidão localizada ao redor do ânus e febre, dependendo da extensão e da gravidade da infecção. A Progressão para Fístula (em alguns casos), se o abscesso anorretal não for adequadamente tratado, existe o risco de formação de uma fístula anal. A fístula é uma conexão anormal entre o canal anal e a pele ao redor do ânus, que pode levar a complicações adicionais e recorrências.

O processo de formação do abscesso anorretal é muitas vezes rápido e pode resultar em sintomas agudos e significativos para o paciente. O tratamento geralmente envolve a drenagem cirúrgica do abscesso para aliviar a pressão, remover o material purulento e facilitar a cicatrização dos tecidos afetados. Se não tratado adequadamente, o abscesso pode evoluir para complicações mais graves, como a formação de fístulas anorretais. Portanto, a intervenção precoce e adequada é essencial para evitar complicações e promover a recuperação do paciente⁴.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A epidemiologia da doença criptoglandular e do abscesso anorretal revela uma condição relativamente comum, embora a incidência exata possa variar de acordo com diferentes populações e estudos. A prevalência da doença criptoglandular e do abscesso anorretal varia em diferentes grupos populacionais, mas estima-se que afete uma parcela significativa da população em geral. Estudos epidemiológicos sugerem que o abscesso anorretal é mais comum em adultos jovens e de meia-idade, embora possa ocorrer em qualquer faixa etária.

A prevalência exata pode ser subestimada devido à relutância dos pacientes em procurar tratamento devido à natureza delicada da condição. Já no que tange os Fatores de Risco, têm-se a Constipação crônica, que pode levar ao esforço excessivo durante a evacuação, aumentando o risco de trauma e obstrução das glândulas anorretais. A Diarreia crônica, que caso seja frequente pode resultar em irritação e inflamação do revestimento do canal anal, predispondo à infecção⁵.

As Doenças inflamatórias intestinais, condições como doença de Crohn e colite ulcerativa podem aumentar o risco de desenvolver abscessos anorretais devido à inflamação crônica no trato gastrointestinal. Embora a condição possa afetar ambos os sexos, os homens parecem ter uma incidência ligeiramente maior de abscessos anorretais. Tradicionalmente, as culturas retiradas de um sítio de

inflamação são normalmente obtidas para determinar o tratamento adequado com antibióticos, o que não é o caso da maioria dos abscessos anorretais.

A Diabetes mellitus, pode comprometer a função imunológica, tornando os pacientes mais suscetíveis a infecções, incluindo abscessos anorretais. Por fim, a Obesidade, pois está associada a uma maior pressão intra-abdominal, o que pode contribuir para a obstrução das glândulas anorretais⁶.

Esses fatores de risco podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento de abscessos anorretais na população em geral. No entanto, é importante reconhecer que a doença criptoglandular e o abscesso anorretal podem ocorrer em indivíduos sem fatores de risco aparentes, destacando a importância da conscientização, prevenção e manejo adequado dessa condição na prática clínica.

SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

A apresentação clínica do abscesso anorretal é um aspecto crucial a ser compreendido na prática clínica, pois guia o diagnóstico e o manejo eficaz dessa condição. O abscesso anorretal é uma complicação aguda da doença criptoglandular, resultante da infecção das glândulas anorretais e da subsequente formação de pus e tecido inflamatório ao redor do ânus e do reto⁷. A apresentação clínica do abscesso anorretal pode variar em termos de gravidade, localização e extensão da infecção, mas geralmente inclui os seguintes sinais e sintomas:

- **Dor Anal Intensa:** A dor é frequentemente descrita como aguda, lancinante e intensa. Os pacientes relatam dor ao redor do ânus, que pode piorar com a movimentação, sentar, defecar ou mesmo ao simples toque na região afetada.
- **Inchaço e Sensibilidade:** Há frequentemente inchaço visível e sensibilidade ao redor do ânus. O inchaço pode ser percebido ao toque e pode estar associado à sensação de calor localizado.
- **Vermelhidão e Calor Localizado:** A região afetada pode apresentar vermelhidão e aumento de temperatura devido à inflamação subjacente. Esses sinais indicam a resposta inflamatória do corpo à infecção.
- **Secreção de Pus:** Em casos mais avançados, pode haver secreção de pus pelo ânus. A presença de pus pode ser evidente na roupa íntima do paciente ou durante a higiene anal.
- **Febre e Mal-estar:** Em casos mais graves, o paciente pode apresentar febre baixa a moderada devido à resposta inflamatória sistêmica. Mal-estar geral, fadiga e perda de apetite também podem estar presentes em alguns casos.
- **Dificuldade para Defecar:** A dor intensa ao redor do ânus pode dificultar a passagem das fezes, levando a desconforto e dor durante a defecação.

É fundamental reconhecer os sinais e sintomas

característicos do abscesso anorretal para um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz. Uma avaliação clínica detalhada, incluindo histórico médico, exame físico e possivelmente exames complementares, como ultrassonografia ou ressonância magnética, pode ser necessária para confirmar o diagnóstico e determinar a extensão da infecção⁸.

No exame físico, a inspeção anal mostra eritema, edema e, muitas vezes, com área de flutuação, quando a infecção é mais superficial. Quando a infecção é profunda não se evidencia nenhum sinal. Nesses casos, o toque retal, quando possível, ou exames de imagem são auxiliares importantes no diagnóstico. A ressonância magnética anorretal apresenta 95% de sensibilidade, 80% de especificidade e 97% de valor preditivo positivo para o diagnóstico de abscessos e fístulas, principalmente, as crônicas e complexas. A ultrassonografia transperineal pode ser extremamente útil para detecção dos abscessos, sendo que muitos autores consideram como exame de imagem de primeira linha, devido à natureza não invasiva, seu baixo custo e sua disponibilidade, embora esse método não tenha ganhado ampla popularidade. O toque retal e a anoscopia, na maioria das vezes, não são realizados, devido à dor intensa do paciente. Quando o diagnóstico é duvidoso, se faz necessário um exame sob anestesia.

A diferenciação entre o abscesso anorretal e outras condições anorretais pode exigir a utilização de exames de imagem, como ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para auxiliar no diagnóstico e no planejamento do tratamento adequado. O reconhecimento precoce e o manejo eficaz do abscesso anorretal são fundamentais para aliviar os sintomas do paciente, prevenir complicações e promover uma recuperação completa.

TRATAMENTO INICIAL

O tratamento inicial do abscesso anorretal desempenha um papel fundamental na gestão eficaz dessa condição dolorosa e potencialmente debilitante. Compreender as abordagens clínicas e cirúrgicas disponíveis é essencial para aliviar a dor do paciente, prevenir complicações e promover a recuperação adequada. As estratégias clínicas começam com a Analgesia, o alívio da dor é uma prioridade no tratamento inicial do abscesso anorretal, analgésicos orais, como paracetamol ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), são frequentemente prescritos para controlar a dor aguda e melhorar o conforto do paciente⁹.

A Antibioticoterapia, tendo em vista que a terapia antimicrobiana pode ser indicada em certos casos, especialmente se houver sinais de celulite perianal ou evidências de disseminação sistêmica da infecção. Antibióticos de amplo espectro, como ciprofloxacino ou metronidazol, podem ser prescritos empiricamente até que os resultados de culturas e testes de sensibilidade estejam disponíveis.

E ainda, os Cuidados locais onde a higiene local ade-

quada desempenha um papel importante na prevenção da contaminação bacteriana e na promoção da cicatrização da ferida. Banhos de assento mornos ou compressas úmidas podem ajudar a aliviar o desconforto e promover a drenagem do abscesso. Em segundo plano, as estratégias cirúrgicas, que se iniciam com a Drenagem Incisional, sendo frequentemente necessária para abscessos anorretais que não respondem ao tratamento conservador ou que apresentam sinais de complicações, como celulite perianal¹⁰.

O procedimento envolve a realização de uma incisão na área afetada para permitir a drenagem do pus acumulado e facilitar a cicatrização. A Drenagem Percutânea, em alguns casos selecionados, a drenagem percutânea guiada por ultrassonografia ou tomografia computadorizada pode ser uma opção para abscessos de localização profunda ou em pacientes com múltiplas comorbidades que não são candidatos à cirurgia. Durante a drenagem do abscesso anorretal, é importante avaliar a presença de fístulas anorretais associadas. A identificação precoce e o tratamento adequado das fístulas são fundamentais para prevenir recorrências e complicações a longo prazo.

Em pacientes imunocomprometidos, idosos ou com múltiplas comorbidades, a abordagem terapêutica pode precisar ser adaptada para atender às necessidades individuais do paciente. O acompanhamento cuidadoso do paciente após o tratamento inicial é essencial para monitorar a resposta ao tratamento, detectar complicações precocemente e ajustar a terapia conforme necessário. Em conclusão, o tratamento inicial do abscesso anorretal requer uma abordagem abrangente que incorpore estratégias clínicas e cirúrgicas para aliviar os sintomas do paciente e promover uma recuperação eficaz.

SEGUIMENTO E PROGNÓSTICO

Após o tratamento inicial, é essencial agendar consultas de acompanhamento para avaliar a cicatrização da ferida, a resolução dos sintomas e a presença de complicações. Durante a avaliação pós-tratamento, o médico realiza um exame físico detalhado e discute qualquer preocupação ou sintoma persistente relatado pelo paciente. O mesmo deve ser instruído a monitorar seus sintomas, como dor, inchaço, secreção ou sangramento retal, e relatar qualquer alteração ao médico imediatamente.

O monitoramento dos sintomas é fundamental para detectar recorrências de abscessos, formação de fístulas ou complicações adicionais. Em alguns casos, podem ser necessários exames complementares, como ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para avaliar a extensão da cicatrização, identificar fístulas residuais ou diagnosticar complicações ocultas. A escolha dos exames de acompanhamento depende da avaliação clínica individual do paciente e da suspeita de complicações

O acompanhamento regular permite a detecção preco-

ce de recorrências de abscessos, formação de fístulas ou complicações como celulite perianal. A intervenção precoce é essencial para evitar complicações graves e garantir o sucesso a longo prazo do tratamento. O prognóstico no tratamento do abscesso anorretal é geralmente bom, especialmente com diagnóstico e tratamento oportunos.

Ainda assim, a maioria dos pacientes experimenta alívio significativo dos sintomas após o tratamento inicial e alcança cicatrização completa da ferida. No entanto, o prognóstico pode variar dependendo de fatores como a extensão da infecção, presença de fístulas, condições médicas subjacentes e adesão ao plano de tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença criptoglandular, especialmente quando se manifesta na forma de abscesso anorretal, pode representar uma fonte significativa de desconforto físico, emocional e social para os pacientes. Além da dor intensa e da disfunção anal associada ao abscesso, a possibilidade de recorrências e complicações, como a formação de fístulas anorretais, pode impactar profundamente a qualidade de vida e a saúde mental dos indivíduos afetados.

Nesse contexto, é crucial uma abordagem holística e centrada no paciente, que não apenas trate os sintomas agudos do abscesso, mas também leve em consideração os fatores de risco individuais, as condições subjacentes e os aspectos psicossociais que podem influenciar a experiência do paciente e o curso da doença. A educação do paciente desempenha um papel fundamental na capacitação dos indivíduos a entenderem sua condição, reconhecerem os sinais de recorrência e complicações, e adotarem medidas preventivas para minimizar o risco de futuros episódios.

Isso pode incluir orientações sobre higiene anal adequada, dieta e estilo de vida saudáveis, e estratégias para lidar com o estresse e a ansiedade associados à doença. Além disso, o suporte psicossocial e o acompanhamento contínuo por parte da equipe médica são essenciais para fornecer apoio emocional, esclarecer dúvidas e preocupações, e promover o engajamento ativo do paciente no seu próprio cuidado.

À medida que avançamos no entendimento da doença criptoglandular e suas implicações clínicas, é fundamental que os profissionais de saúde continuem a buscar abordagens inovadoras e baseadas em evidências para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dessa condição. Isso pode envolver o desenvolvimento de novas técnicas de drenagem, terapias adjuvantes e estratégias de prevenção de recorrências, bem como a promoção de uma maior conscientização pública sobre o assunto.

Em última análise, ao ser adotada uma abordagem abrangente e compassiva para o manejo da doença criptoglandular, podemos ajudar os pacientes a alcançar uma melhor qualidade de vida, minimizar o impacto da condi-

ção em seu bem-estar e promover uma recuperação completa e duradoura.

REFERÊNCIAS

1. Assis, L. M. de, Tafner, P. F. D. A., Formiga, F. B., Pompeu, B. F., & Paes Leme, L. F. (2022). Tratamento cirúrgico dos abscessos anorretais em hospital de urgência e emergência. *Journal of Coloproctology*, 42(S 01), S1-S219. DOI: 10.1055/s-0043-1764605. [Licença CC BY-NC-ND 4.0];
2. Ansari, P. (2023, janeiro). Abscesso anorretal. Em *Manual MSD Versão saúde para a família*. Hofstra Northwell-Lenox Hill Hospital, New York;
3. Nadal SR, Manzione CR, Horta SHC, Galvão VM. Comparação das doenças perianais nos doentes HIV positivos antes e depois da introdução dos inibidores da protease. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 2001;21(1):5-8;
4. MAGALHÃES, Maria Iranilda Silva et al. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: ABORDAGEM E TRATAMENTO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 941–950, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i4.9280. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/9280>. Acesso em: 5 fev. 2024;
5. Raman SP, Chen Y, Fishman EK. Evolution of imaging in rectal cancer: multimodality imaging with MDCT, MRI, and PET. *J Gastrointest Oncol*. 2015 Apr;6(2):172-84. doi: 10.3978/j.issn.2078- 6891.2014.108;
6. Araújo, S. E. A., Marcente, M. T., Mendes, C. R. S., Bertocini, A. B., Seid, V. E., Horcel, L. A., Perez, R. O., & Klajner, S. (2017). Ligadura interesfinteriana do trato fistuloso (LIFT) para fístulas anais: uma experiência brasileira bi-institucional [Interesfinterial ligation of fistula tract (LIFT) for patients with anal fistulas: a Brazilian bi-institutional experience]. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 30(4), 235-238. DOI: 10.1590/0102-6720201700040002;
7. Garcia-Aguilar J, Patil S, Kim JK, Yuval JB, Thompson H, Verheij F, et al. Preliminary results of the organ preservation of rectal adenocarcinoma (OPRA) trial. *J Clin Oncol*. 2020 [citado em 2022 Out 12]; 38(suppl 15):4008. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2020.38.15_suppl.4008;
8. Gotfried, J. (2022, janeiro). Diarreia em adultos. *Lewis Katz School of Medicine at Temple University*. Em *Manual Merck (MSD)*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-digestivos/sintomas-de-dist%C3%BArbios-digestivos/diarreia-em-adultos>;
9. Botelho, A., & Carlos, L. (2023). *Rotinas em Coloproctologia*. Editora Unoesc. Disponível em: https://galeria.unoesc.edu.br/Nunca%20apagar/Rotinas_em_coloproctologia.pdf;
10. Nelson RL, Prasad L, Abcarian H. Anal carcinoma presenting as perirectal abscess or fistula. *Arch Surg* 1985; 120:632–635;

SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS, UM PROBLEMA NEGLIGENCIADO

BURNOUT SYNDROME IN DOCTORS, A NEGLECTED PROBLEM

AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO¹; ELIANE DA SILVA RIBEIRO^{2,3}; ROSICLEA DE VLIÉGER²; OTAVIANO OTTONI DA SILVA NETTO³; LEONARDO DA SILVA PRESTES³; EDSON DETREGIACHI NETO⁴

RESUMO

A relação do indivíduo com seu trabalho e as experiências vividas no ambiente laboral resulta em satisfação e melhoria pessoal e, ao mesmo tempo, pode ser fonte de estresse e esgotamento profissional. A síndrome de Burnout é uma síndrome psicológica que surge de uma resposta contínua a estressores interpessoais crônicos durante o trabalho. Profissões que exigem alto nível de estresse no dia a dia são mais suscetíveis à SB, especialmente nos profissionais da área da saúde. A prevalência desta síndrome nas especialidades médicas está bem documentada e apresenta índices impressionantes. É um problema de saúde pública que pode acarretar ausência no trabalho e licença por doença, gerando despesa para a organização empregadora, além de afetar a qualidade do serviço oferecido com consequências potencialmente graves para cuidadores, pacientes e instituições de saúde, incluindo o risco de erros médicos, depressão e efeitos adversos na segurança do paciente. Os efeitos a longo prazo da SB na saúde dos trabalhadores, especialmente após a pandemia pelo COVID-19, devem ser uma preocupação significativa para os governos, entidades médicas, hospitais e pelos próprios médicos. Abordar o esgotamento médico deve ser visto como uma responsabilidade compartilhada entre os sistemas de saúde, organizações, instituições e médicos individuais.

PALAVRAS CHAVE: SÍNDROME DE BURNOUT; QUALIDADE DE VIDA: RESIDÊNCIA MÉDICA.

ABSTRACT

The individual's relationship with his work and experiences in the work environment results in satisfaction and personal improvement and, at the same time, can be a source of stress and professional exhaustion. Burnout syndrome (BS) is a psychological syndrome that arises from an ongoing response to chronic interpersonal stressors at work. Professions that require a high level of stress on a daily basis are more susceptible to BS, especially in healthcare professionals. The prevalence of this syndrome in medical specialties is well documented and shows impressive rates. It is a public health problem that can lead to medical leave, increasing the costs to the employers, in addition to affecting the quality of the service offered with potentially serious consequences for caregivers, patients and health institutions, including the risk of medical malpractice, depression, and adverse effects on patient safety. The long-term effects of BS on healthcare workers, especially after the COVID-19 pandemic, must be a significant concern for governments, medical entities, hospitals and physicians themselves. Addressing medical burnout should be seen as a shared responsibility between health systems, organizations, institutions and individual physicians.

KEYWORDS: BURNOUT SYNDROME; QUALITY OF LIFE: MEDICAL RESIDENCY.

INTRODUÇÃO

A relação do indivíduo com seu trabalho e as experiências vividas no ambiente laboral resulta em satisfação e melhoria pessoal e, ao mesmo tempo, pode ser fonte de estresse¹. Na década de 1970, alguns médicos que trabalhavam no atendimento público gratuito, começaram a falar de um conceito de esgotamento profissional. O termo

"burn-out" do inglês "queimar-se, consumir-se", foi usado por primeira vez, em 1974, pelo psicanalista Herbert Freudenberg² ao observar que seu trabalho não lhe trazia o mesmo prazer de outrora, relacionando a sensação de esgotamento à falta de estímulo originado da escassez de energia emocional. Além desses sintomas, Freudenberg incluiu fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade como

1. Hospital Estadual Geral de Goiânia
2. Hospital Estadual da Mulher
3. HGG
4. Hospital Alemão Oswaldo Cruz

ENDEREÇO

AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO
Endereço: Rua 34, número 157, setor Marista
Goiânia-Goiás. CEP: 74.150-220
E-mail: americossilverio@hotmail.com

pertencentes ao quadro sintomatológico da síndrome de Burnout (SB). Na década de 1980, Christina Maslach e Susan Jackson colocaram a SB na perspectiva de um stress intenso e contínuo provocado pelo trabalho³. Em 1999, Christina Maslach e Michael Leiter deram à SB sua definição e caracterização final: uma síndrome composta pelos tripés exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional⁴.

A SB é uma síndrome psicológica que surge de uma resposta contínua a estressores interpessoais crônicos durante o trabalho⁵. Segundo Maslach³, o burnout começa quando “a energia se transforma em exaustão, o envolvimento se transforma em cinismo e a eficácia se transforma em ineficácia”.

A prevalência desta síndrome nas especialidades médicas está bem documentada e apresenta índices impressionantes^{6,7}. Sua prevalência nos estudos varia de 14,7% a 76,0%^{8,9}. A etiologia é complexa e multifatorial, alguns intrínsecos - por exemplo, perfeccionismo, altruísmo ou excesso de empatia - e outros extrínsecos - amplamente fora do controle do indivíduo, como cultura organizacional, equilíbrio entre vida pessoal e profissional e eventos catastróficos como a pandemia global⁷.

Síndrome de Burnout em médicos.

Profissões que exigem alto nível de estresse no dia a dia são mais suscetíveis à SB, especialmente nos profissionais da área da saúde¹⁰. Especificamente na área da Medicina a presença desta síndrome é crítica. Os médicos precisam navegar habilmente em um campo minado médico com a acuidade de um campeão de xadrez, as mãos de um violinista concertista, a paciência de um monge, as habilidades de comunicação de um diplomata e a resistência de um maratonista¹¹.

A SB é um problema de saúde pública que pode acarretar ausência no trabalho e licença por doença, gerando despesa para a organização empregadora, além de afetar a qualidade do serviço oferecido, a produtividade e o lucro¹². A nível mundial está presente em 1 a cada 2 médicos; um terço destes é afetado de maneira considerável; e um décimo, de forma grave com aspectos irremediáveis^{13,14}. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, no Brasil, 23,1% dos médicos apresentaram SB em alto grau em uma amostra de 7,7 mil profissionais de todos os estados¹⁵. A pandemia do Covid-19 pode ter agravado este problema^{7,11}. Nos EUA quase 40% dos médicos exibiram pelo menos um sintoma de esgotamento em 2020 e outros 40% dizem que estão muito sobrecarregados de trabalho para procurar ajuda¹¹.

O atendimento médico de alta qualidade tem um grande impacto na capacidade de manter ou retornar a uma vida saudável, enquanto lapsos clínicos no tratamento podem levar a resultados frustrantes ou até catastróficos^{6,11}. As consequências do esgotamento são potencialmente

graves para cuidadores, pacientes e instituições de saúde, e incluem o risco de erros médicos, depressão e efeitos adversos na segurança do paciente¹⁶.

Uma revisão sistemática, incluindo 20 artigos, sugere que a SB afeta os profissionais de saúde primários (principalmente enfermeiros, mas também médicos e farmacêuticos) e leva a alto estresse no trabalho, intensa pressão de tempo e carga de trabalho, bem como falta de suporte organizacional⁽¹⁷⁾. Outra revisão sistemática mostra que doenças cardiovasculares, dor musculoesquelética, sintomas depressivos, tratamento psicotrópico e antidepressivo, insatisfação no trabalho e absenteísmo são efeitos consistentes da SB. Achados conflitantes foram observados para dor de cabeça e insônia. Os impactos individuais e sociais do burnout evidenciam a necessidade de intervenções preventivas e identificação precoce dessa condição de saúde no ambiente de trabalho¹⁸.

Estudos transversais associaram o esgotamento médico com práticas subótimas de atendimento ao paciente⁶, bem como, duplicou o risco de erro médico⁽⁹⁾ e associou-se a 17% mais chances de ser envolvido em um processo de negligência médica²⁰. O estudo longitudinal Internal Medicine Resident Well-Being (IMWELL) descobriu que níveis mais altos de burnout foram associados a maiores chances de relatar um grande erro médico nos 3 meses subsequentes. Erros médicos graves autopercebidos também foram associados ao agravamento do esgotamento, sintomas depressivos e diminuição da qualidade de vida, sugerindo uma relação bidirecional entre erros médicos e angústia²¹. O aumento dos níveis de exaustão emocional de médicos que trabalham em unidades de terapia intensiva está associado a taxas de mortalidade de pacientes padronizadas mais altas e menor qualidade percebida do trabalho em equipe interpessoal^{6,22}.

A síndrome também afeta a satisfação do paciente e, juntamente com o sofrimento pessoal, tem sido relacionada a práticas de atendimento abaixo do ideal autorrelatadas entre os residentes de várias especialidades médicas^{8,18}. Estudos transversais relatam correlações significativas entre o esgotamento do médico e a satisfação no trabalho^{23,24} e a satisfação dos pacientes com seus cuidados hospitalares²⁵. Sugerindo um impacto potencial do burnout na satisfação do paciente e nas relações médico-paciente, com efeitos concomitantes nos resultados da saúde⁶.

Síndrome de Burnout e residência médica.

A residência médica é uma modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva e foi instituída pelo governo federal em setembro de 1977 com o Decreto n 80.281. Embora seja considerada o “padrão ouro” da especialização médica é também a parte mais difícil e desgastante

tante, física e emocionalmente, do processo de especialização^{26,27}, caracterizando-se por elevado nível de estresse já que o médico em formação está sob constante pressão, apresentando cansaço, fadiga e medo de cometer erros²⁸.

Nesse período, marcado por extenso desenvolvimento pessoal, as tradicionais longas horas de trabalho, os plantões noturnos e a pressão psicológica de aplicar, na prática, os conhecimentos adquiridos na graduação, são responsáveis por tornar muito desgastante a rotina dos jovens médicos, exigindo mudança de estilo de vida, o que muitas vezes acarreta sonolência diurna, levando ao prejuízo da saúde física e mental do médico e, em última análise, ao prejuízo também de sua qualidade de vida²⁷.

A residência médica, devido a seus fatores de risco — carga de trabalho intensa, privação do sono, contato diário com doentes graves, isolamento social, preocupações financeiras, falta de condições de trabalho/aprendizagem adequadas — parece ser o momento de pico de angústia entre os médicos, acaba por se tornar altamente favorável ao desenvolvimento da SB²⁶. Todavia, além da SB, sintomas depressivos e ideação suicida recente também são comuns nos primeiros anos de prática médica²⁹. Estes problemas além de predispor o adoecimento destes profissionais, também aumentam o risco de suicídio.

Uma primeira tentativa de sistematização sobre a morbidade psicológica e psiquiátrica nos residentes relacionada à sua atividade foi feita por Small³⁰, ao descrever um quadro sindrômico nos médicos em treinamento, por ele denominada como síndrome do estresse do residente. Segundo esse autor, a síndrome apresenta as seguintes características: distúrbios cognitivos episódicos, raiva crônica, ceticismo, discórdia familiar, uso abusivo de drogas, depressão, ideação e comportamento suicidas³⁰. Já na SB, que considera também outros fatores, como a vida social e privada da pessoa, a maior incidência observada de fenômenos relacionados ao suicídio pode sofrer determinação influenciada pelos últimos^{26,31}. No estudo de Soares e colaboradores²⁶, a maioria dos indivíduos que disseram já ter tido pensamentos suicidas apresentou também fatores relacionados ao burnout, o que indica provável correlação entre os dois eventos²⁶.

Medidas para prevenção.

Segundo Grosse¹¹ nos EUA quase metade dos médicos está levantando as mãos e exclamando basta, isso provavelmente é um grande motivo pelo qual 70% dos médicos não estão recomendando sua profissão para seus próprios filhos, o que, por sua vez, torna mais difícil resolver nossos 38.000 projetados para falta de 124.000 médicos nos EUA na próxima década¹¹.

Os efeitos negativos da SB no bem-estar dos profissionais de saúde e suas conseqüentes implicações no cuidado prestado ao paciente evidenciam a urgência de intervenções voltadas para essa população, que visem

diminuir os níveis de estresse ocupacional, aumentar a autoestima, incentivar o autocuidado e construir um ambiente de trabalho saudável³². Intervenções individuais, organizacionais e combinadas podem ser realizadas visando sua prevenção através da diminuição do estresse ocupacional³².

As intervenções individuais são voltadas à aprendizagem de estratégias de enfrentamento adaptativas diante de agentes estressantes³². Uma dieta saudável, exercícios regulares e uma boa higiene do sono são pontos de partida vitais. O tempo fora do trabalho para recarregar também é importante³³. O treino de habilidades comportamentais e cognitivas de coping, meditação, atividade física³⁴, bem como às práticas de autocuidado, como garantir descanso adequado, equilíbrio entre trabalho e outras dimensões da vida e envolvimento em um hobby^{35,36}. Criar equilíbrio em sua vida é essencial, especialmente o equilíbrio entre a vida doméstica e profissional³³.

Existem ferramentas on-line anônimas, permitindo que médicos individuais avaliem em particular seu nível de esgotamento^{37,38}. Essas ferramentas demonstraram estimular a reflexão e possíveis etapas de ação para lidar com o esgotamento em grandes grupos de médicos³⁸.

As estratégias organizacionais têm se mostrado mais difíceis de estudar até o momento⁶. Estas se referem à modificação da situação em que são desenvolvidas as atividades laborais, visando melhoria da comunicação e do trabalho em equipe. Incluem a realização de treinamento com os funcionários, reestruturação de tarefas e mudança das condições físico-ambientais, como flexibilidade de horário, participação na tomada de decisão, plano de carreira e autonomia laboral^{39,40}. Restrições nas horas de serviço dos residentes reduziram as taxas de esgotamento. A redução da carga horária também trouxe benefícios para médicos em unidades de terapia intensiva e nos rodízios de ensino⁶.

Considerando o contexto apresentado, nota-se que ambas são necessárias para a prevenção da SB, uma vez que a mesma é desencadeada por uma combinação de fatores ambientais, sociais e individuais³². Por essa razão, recomenda-se a utilização das intervenções combinadas, as quais associam dois ou mais tipos de intervenções visando modificar de forma integrada as condições de trabalho, a percepção do trabalhador e o modo de enfrentamento diante das situações estressantes^{39,40,41}.

As soluções para o esgotamento médico exigirão esforços coordenados em nível nacional e potencialmente internacional⁶. Felizmente, cada vez mais líderes no setor de saúde estão cientes do esgotamento e estão tomando medidas para resolvê-lo. O American College of Emergency Physicians recentemente convocou organizações de saúde para promover o "bem-estar" do clínico, enquanto a American Medical Association desenvolveu ferramentas para ajudar os médicos a medir e monitorar os sintomas

de esgotamento. Além disso, mais atenção agora está sendo dada a como os médicos gastam seu tempo durante um típico dia de trabalho cansativo ¹¹.

No Reino Unido a British Medical Association (BMA) oferece serviços de apoio ao bem-estar abertos a todos os médicos com atendimento telefônico profissional 24 horas por dia, 7 dias por semana. O Royal Medical Benevolent Fund (RBMF) oferece ajuda financeira quando o esgotamento afeta a capacidade de trabalho. O DocHealth, um projeto conjunto da RBMF e da BMA, oferece psicoterapia confidencial a todos os médicos do Reino Unido, que é acessado por auto-referência, sem a necessidade de encaminhamentos específicos. Além disso, existem também iniciativas não governamentais, como a Burnout UK, que oferece cursos online para médicos superarem e prevenir o burnout ³³.

CONCLUSÃO

O esgotamento médico é prevalente internacionalmente e afeta negativamente médicos, pacientes e organizações e sistemas de saúde. Os fatores desencadeantes dessa verdadeira epidemia estão amplamente enraizados nas organizações e sistemas de saúde, embora fatores médicos também desempenhem um papel. Os efeitos a longo prazo da SB na saúde dos trabalhadores, especialmente após a pandemia pelo COVID-19, devem ser uma preocupação significativa para os governos, entidades médicas, hospitais e pelos próprios médicos. Ressaltando que cada médico enfrenta desafios diferentes e precisa de diferentes tipos de apoio, o mais importante é reconhecer quando você precisa desse apoio e estender a mão. Cuidar dos cuidadores é uma responsabilidade de todos e deve ser visto como uma responsabilidade compartilhada entre os sistemas de saúde, organizações, instituições e médicos individuais.

REFERÊNCIAS

- Oliveira PRC, Melo TG, Lopes A, et al - Frequência da Síndrome de Burnout em médicos residentes. *Residência Pediátrica* 2019;9(2):91-96.
- Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974; 90(1):159-65.
- Maslach CJS, Jackson SE - The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981; 2:99-113.
- Maslach CJS, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory*, 3rd ed. Mountainview, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016; 15(2):103-11.
- West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. (Mayo Clinic, Rochester, MN; and Stanford University Medical Center, Stanford, CA, USA). Physician burnout: contributors, consequences and solutions (Review). *J Intern Med* 2018; 283: 516-529.
- McClafferty HH, Hubbard DK, Foradori D, et al; AAP - Section on Integrative Medicine. Physician Health and Wellness. *Pediatrics*. 2022;150(5):e2022059665.
- Meira-Silva VST, Freire ACTN, Zinezzi DP, et al. Burnout syndrome in health-care workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Rev Bras Med Trab*. 2022; 20(1):122-131. <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2022-849>.
- Lim R, Van Aarsen K, Gray S, et al - Emergency medicine physician burnout and wellness in Canada before COVID19: A national survey. *CJEM* 2020;1-5 DOI 10.1017/cem.2020.431.
- Ferrari R, França FM de, Magalhães J. - Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma Revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2012; 3:1150-165.
- Grosse E - 'Pajama Time': Unraveling The 'Whys' Behind Physician Burnout. 2022. <https://www.forbes.com/sites/forbestechcouncil/2022/12/05/pajama-time-unraveling-the-whys-behind-physician-burnout/?sh=16df09165cb6>
- Moreira HA, Souza KN, Yamaguchi MU - Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Ocup*. 2018;43:e3. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013316>.
- González RP, González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22(9):580-4.
- Tucunduva LT, Garcia AP, Prudente FV, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):108-12.
- Barbosa GA. *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007.
- Moreira WC, Sousa AR, Nóbrega MPSS. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a COVID-19: scoping review. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20200215.
- Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L, Rea M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):195.
- Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SMD (2017) Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE* 12(10): e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010; 251: 995-1000.
- Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg* 2011; 213: 657-67.
- West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009; 302: 1294-300.
- Welp A, Meier LL, Manser T. The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Crit Care* 2016; 20: 110.
- Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psychooncology* 2008; 17: 570-6.
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg* 2009; 250: 463-71.
- Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev* 2008; 33: 29-39.
- Soares LR, Lopes TMO, Silva MAO, et al - Burnout e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36(1): 77-82.
- Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempsk P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(3):422-9.
- Martins LAN. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998;44(1):28-34.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al - Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Acad Med*. 2014;89:443-451.
- Small GW. House officer stress syndrome. *Psychosomatics* 1981; 22: 860-9.
- Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44(1):28-34.
- Pernicciotti P, Serrano Júnior CV, Guarita RV, et al. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev SBPH*. 2020; 23:35-52.
- Siobhan Harris. Am I Burned Out? - *Medscape* - 27 December 2022.
- Moreno FN, Gil GP, Haddad MCL, et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. *Revista enfermagem UERJ*. 2011;19:140-5.
- Moss M, Good VS, Gozal D, et al. An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. *American Journal of Critical Care*. 2016; 44(7), 1414-1421. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001885>
- Swensen S, Strongwater S, Mohta NS. Leadership Survey: Immunization Against Burnout Insights Report. *New England Journal of Medicine Catalyst*. 2018. Recuperado de <https://catalyst.nejm.org/survey-immunization-clinician-burnout/>
- Dyrbye LN, Satele D, Sloan J, Shanafelt TD. Utility of a brief screening tool to

- identify physicians in distress. *J Gen Intern Med*, 2013; 28: 421-7.
- 38- Shanafelt TD, Kaups KL, Nelson H et al. An interactive individualized intervention to promote behavioral change to increase personal well-being in US surgeons. *Ann Surg* 2014; 259: 82-8.
- 39- Melo, L. P.de, & Carlotto, M. S. (2017). Programa de prevenção para manejo de estresse e Síndrome de Burnout para bombeiros: Relato de experiência de uma intervenção. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 99-108. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170011>
- 40- Garrosa, H.E., Benevides, P.A.M.T., Moreno, J.B., &Gozalez, J.L. (2002). Prevenção e intervenção na síndrome de burnout: como prevenir (ou remediar) o processo deburnout. In:Benevides, P.A.M.T. (org). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 224- 267). São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- 41- Murta,S.G. & Tróccoli, B.T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 41-51.



CEREM-GOIÁS

Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AGRM