

VOL. 01 N° 03 - FEVEREIRO 2021

REVISTA CIENTÍFICA

CEREM-GO

ISSN 2675-5009

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

R454 Revista Científica CEREM - GO : Comissão Estadual de residência
médica de Goiás. / Associação Goiana de Residência
Médica. vol.01 n.03 - fevereiro 2021 - Goiânia.: D&D Comunicação Ltda.

47p. : il.

1. Artigo. 2. Ginecologia. 3. Obstetrícia . 4. Medicina.
I.Título.

CDU: 611(52)

Impresso no Brasil
Printed in Brazil – 2021

Índice para catalogo sistemático:

CDU: 611(52)

EQUIPE EDITORIAL



ASSOCIAÇÃO GOIANA DE RESIDÊNCIA MÉDICA- AGRM
1º Avenida, s/n, setor leste universitário, Goiânia-GO.
Hospital das Clínicas. 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

Tárík Kassem Saidah
Waldemar Naves do Amaral

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** **CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DE MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREA INTRAPARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA**
ANA LYDIA MELO DE GODOY OLIVEIRA , WALDEMAR NAVES DO AMARAL
- 12** **PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS A CIRURGIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**
PATRÍCIA DE PAULA MIGUEL, SANDRA MARCIA RAMOS PIMENTEL AFIUNE, DANIELA CARVALHO PORTAL, CARLA AMARAL VIEIRA, TÁRIK KASSEM SAIDAH
- 16** **AValiação DO RISCO DE MORTALIDADE NEONATAL NA APLICAÇÃO DO ESCORE CRIB**
CARLA AMARAL VIEIRA, SANDRA MARCIA RAMOS PIMENTEL AFIUNE, DANIELA CARVALHO PORTAL, PATRÍCIA DE PAULA MIGUEL, TÁRIK KASSEM SAIDAH
- 20** **FECHAMENTO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO: RELATO DE CASO**
DÉBORA FREIRE RIBEIRO ROCHA , LEONARDO VELOSO DO AMARAL , MAURÍCIO LOPES PRUDENTE , HENRIQUE LIMA GUIMARÃES , FERNANDO HENRIQUE FERNANDES , ADRIANO GONÇALVES DE ARAÚJO , JOÃO BATISTA MASSON SILVA , GIULLIANO GARDENGHI
- 25** **SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR - SÍNDROME DE WILKIE: RELATO DE DOIS CASOS**
RÔMULO MENDES SILVA , LOHANA MENDONÇA LINHARES , NATÁLLIA ROSA EDUARDO , ISABELA COUTO MENDONÇA, RAPHAEL SALES NOGUEIRA AMORIM CANEDO
- 30** **UVÉITE INTERMEDIÁRIA SECUNDÁRIA À COVID-19: UM RELATO DE CASO**
VINICIUS STIVAL VENEZIANO SOBRINHO, AUGUSTO PEREIRA, FRANCISCO DIAS LUCENA NETO
- 34** **SÍFILIS NA GESTAÇÃO E TRANSMISSÃO VERTICAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**
MARIANA CARVALHO DE LIMA GOMES, WALDEMAR NAVES DO AMARAL
- 38** **ACRETISMO PLACENTÁRIO: CESÁREA - HISTERECTOMIA UMA SERIE DE CASOS**
GABRIELLA DE OLIVEIRA FERREIRA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
- 42** **SARCOMAS E OUTROS TUMORES NÃO EPITELIAIS DA MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**
ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA , ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO, LEANDRO GONÇALVES OLIVEIRA, RAFAEL MAZON CORANDIN , MARCELLA SEGATO DE SOUSA MELO, SEBASTIÃO ALVES PINTO, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA
- 45** **MASTALGIA - REVISÃO DE LITERATURA**
SAYRA RAYANE TITOTO LABRE, ANITA CÉLIA NAVES DA SILVA, MIGUEL PEREIRA DE QUEIROZ JÚNIOR, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA, ANA LUIZA FLEURY LUCIANO, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA

COMPROMISSO COM A BOA FORMAÇÃO

A Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás - CEREM Goiás tem a missão de auxiliar as 24 Coremes do estado de Goiás, do ponto de vista administrativo e de gestão junto aos nossos médicos residentes.

Entendendo que é preciso cuidar das questões científicas que norteiam a Medicina, idealizamos a Revista Científica CEREM Goiás, além da realização de atividades de Educação Continuada junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO.

Agora com sede no Hospital das Clínicas de Goiás - HC-UFG, vamos caminhando no sentido de auxiliar e favorecer a boa formação desta pós-graduação lato sensu, por meio das boas práticas visando o melhor resultado junto à população que assistimos.

TÁRIK KASSEM SAIDAH
WALDEMAR NAVES DO AMARAL
EDITORES CHEFES

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DE MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREA INTRAPARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA

SOCIODEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC CHARACTERIZATION OF WOMEN UNDERGOING INTRAPARTUM CESAREAN SECTION IN A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL IN GOIÂNIA

ANA LYDIA MELO DE GODOY OLIVEIRA ¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL ²

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Brasil, assistência ao parto e nascimento é permeado por excessos de intervenções obstétricas e neonatais de forma rotineira e indiscriminada, resultando desfechos perinatais desfavoráveis. A exemplo, a cesariana ou parto obstétrico, considerado um procedimento de intervenção que visa garantir a segurança da mãe e do feto. Consiste em um ato médico cirúrgico, através de incisão da parede abdominal e uterina seguida da retirada do feto e placenta. Entretanto, tem-se observado transformações em termos de objetivos, indicações e complicações. **OBJETIVOS:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes submetidas a cesárea intraparto.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal, exploratório descritivo, retrospectivo e de natureza quantitativa, com coleta secundária de dados. **RESULTADOS:** Este estudo revelou uma prevalência de mulheres submetidas à cesárea intraparto com média de idade de 24,1 anos, predominando a faixa etária de 19 a 34 anos, que representa 83,1% da população estudada e uma pequena parcela (12,4%), possuíam 18 anos ou menos. A maioria eram não brancas (48,7%), com média de 10,2 anos de estudos, sem trabalho formal (76%), de baixa renda (57,3%) e que viviam sem parceiro (76,4%), conforme constava em ficha cadastral e Declaração de Nascido Vivo anexada ao prontuário físico. Vale destacar que 48,3% das mulheres pertenciam às cidades do entorno, haja vista que a maternidade em questão é referência para o Estado de Goiás em assistência materno infantil. Vale destacar que 48,3% das mulheres pertenciam às cidades do entorno, haja vista que a maternidade em questão é referência para o Estado de Goiás em assistência materno infantil. No que tange o perfil obstétrico, a maioria das mulheres estavam entre 37 semanas e 40 semanas e 6 dias, caracterizando gestação a termo. No que tange o perfil obstétrico, a maioria das mulheres estavam entre 37 semanas e 40 semanas e 6 dias, caracterizando gestação a termo. Também, 84 % delas fizeram acompanhamento pré-natal, em que 66,6% frequentou 6 vezes ou mais. Em relação a paridade, notou-se prevalência de primíparas, ou seja, mulheres vivenciando sua primeira gestação. Embora 86,5% das mulheres tenham recebido algum método não farmacológico facilitador do trabalho do parto, como banho de imersão em água morna, bola suíça, e liberdade de deambulação, 46,1% foram expostas ao uso de ocitocina endovenosa intraparto. No estudo, 78 (87,6%) dos recém-nascidos nasceram com Apgar de 1º minuto de vida maior ou igual a 7 e 11 (12,4%) Apgar menor que 7. Destaca-se que a maioria das mulheres deste estudo não apresentavam comorbidades, totalizando 71,9% da amostra estudada.

CONCLUSÃO: Notou-se uma prevalência de mulheres com idade predominando a faixa etária de 19 a 34 anos, sendo a maioria de raça não branco, com média de 10,2 anos de estudos, sem trabalho formal, de baixa renda e que viviam sem parceiro, podendo concluir que o nível socioeconômico desfavorável, baixa escolaridade e instabilidade conjugal aparecem relacionadas às indicações de cesárea. No que tange o perfil obstétrico, foi possível observar que a maioria encontrava-se em gestação a termo, frequentavam pré natal, não apresentavam comorbidades e que houve maior indicação em primíparas. A prevalência das indicações de cesárea intraparto foi a parada de progressão.

PALAVRAS-CHAVE: INDICAÇÃO. CESÁREA. INTRAPARTO.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Brazil, delivery and birth assistance is permeated by excesses of obstetric and neonatal interventions in a routine and

1- Hospital e Maternidade Dona Iris
2- Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO

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

indiscriminate manner, resulting in unfavorable perinatal outcomes. For example, cesarean section or obstetric delivery, considered an intervention procedure that aims to ensure the safety of the mother and the fetus. It consists of a medical surgical act, through an incision of the abdominal and uterine wall followed by the removal of the fetus and placenta. However, changes have been observed in terms of objectives, indications and complications.

OBJECTIVES: To characterize the sociodemographic and obstetric profile of parturients who underwent intrapartum cesarean section.

METHODS: This is a cross-sectional, exploratory, descriptive, retrospective and quantitative study, with secondary data collection.

RESULTS: This study revealed a prevalence of women who underwent intrapartum cesarean section with a mean age of 24.1 years, with a predominance of the age group of 19 to 34 years, which represents 83.1% of the studied population and a small portion (12.4 %) were 18 years old or younger. Most were non-white (48.7%), with an average of 10.2 years of study, without formal work (76%), with low income (57.3%) and who lived without a partner (76.4%), as stated in the registration form and Declaration of Live Birth attached to the physical record. It is worth noting that 48.3% of women belonged to the surrounding cities, given that the maternity in question is a reference for the State of Goiás in maternal and child care. Regarding the obstetric profile, most women were between 37 weeks and 40 weeks and 6 days old, characterizing term pregnancy. Also, 84% of them had prenatal care, in which 66.6% attended 6 times or more. Regarding parity, there was a prevalence of primiparous women, that is, women experiencing their first pregnancy. Although 86.5% of women received some non-pharmacological method that facilitates labor, such as bathing in warm water, Swiss ball, and freedom of deambulation, 46.1% were exposed to intravenous oxytocin. In the study, 78 (87.6%) of the newborns were born with an Apgar of 1 minute of life greater than or equal to 7 and 11 (12.4%) with Apgar less than 7. It is noteworthy that the majority of women in this study did not present comorbidities, totaling 71.9% of the studied sample.

CONCLUSION: There was a prevalence of women aged between 19 and 34 years old, the majority being non-white, with an average of 10.2 years of study, without formal work, low income and who lived without partner, concluding that the unfavorable socioeconomic level, low education and marital instability appear related to cesarean indications. Regarding the obstetric profile, it was possible to observe that most were in term pregnancy, attended prenatal care, had no comorbidities and that there was a greater indication in primiparous women. The prevalence of indications for intrapartum cesarean section was the progression arrest.

KEYWORDS: INDICATION. CESAREAN SECTION. INTRAPARTUM.

INTRODUÇÃO

No Brasil, assistência ao parto e nascimento é permeado por excessos de intervenções obstétricas e neonatais de forma rotineira e indiscriminada, resultando desfechos perinatais desfavoráveis^{1,2}. A exemplo, a cesariana ou parto obstétrico, considerado um procedimento de intervenção que visa garantir a segurança da mãe e do feto. Consiste em um ato médico cirúrgico, através de incisão da parede abdominal e uterina seguida da retirada do feto e placenta. Entretanto, tem-se observado transformações em termos de objetivos, indicações e complicações³.

Apesar dos progressos obstétricos, verifica-se nas últimas décadas um aumento significativo nas taxas de cesárea no mundo, sobretudo no Brasil. As cesarianas tornaram-se a vida de parto mais frequente, atingindo 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde e 40% no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰. A Organização Mundial de Saúde elaborou uma taxa aceitável de partos cesáreos de 10% a 15%, com base nos resultados dos partos cesáreos dos países com menores taxas de mortalidade materna e neonatal. Considerando que os países estudados eram desenvolvidos, aplicou-se a recomendação de até 15% de cesarianas para os países com baixo grau de desenvolvimento, devido a maior probabilidade de gestantes com maiores riscos obstétricos^{5,6}.

O panorama brasileiro em relação ao parto obstétrico é de ascensão, com elevado crescimento em todas as regiões. Em 2018, o índice nacional de partos cesáreos atingiu 55%, ocupando a segunda posição no ranking de

países com maiores taxas de cesáreas no mundo, dados alarmantes sobretudo quando comparados a países desenvolvidos como Suécia (17%) e Estados Unidos (26%)^{7,9}.

As justificativas para a crescente taxa são variadas, o avanço da medicina somado às práticas cirúrgicas e ao acesso a uma assistência de maior complexidade são fatores que contribuem para a elevação das cesarianas⁸. A ascensão deste procedimento cirúrgico exige atenção dos profissionais de saúde incumbidos da assistência perinatal, uma vez que a morbidade materna se eleva duas vezes nas mulheres submetidas a cesárea intraparto quando comparada ao parto vaginal. Em se tratando de cesárea eletiva, esta morbidade aumenta três vezes, acarretando maior permanência hospitalar e maiores chances de mortalidade após a alta¹⁰.

As indicações de realização da cesárea são amplas e todas compreendem a impossibilidade do parto vaginal ou então um risco elevado para mãe ou para o feto. Podem indicar conversão da via de parto em parturientes: desproporção céfalo pélvica, incluindo má posição fetal e apresentação anômalas, prematuro de placenta, vasa prévia diagnosticada, prolapso de cordão, falha de progressão de parto^{3,11}.

Sabe-se também que as cesáreas sem indicações estão relacionadas a maiores chances de infecção puerperal, morbimortalidade materna, mortalidade neonatal, e maiores custos para o sistema de saúde. Investigar os fatores relacionados a essa crescente prática de partos cesáreos é importante para que estratégias possam ser desenvolvi-

das e implementadas^{12,13}.

Diante do exposto, considerou-se relevante analisar as indicações clínicas apontadas para a necessidade de cesárea intraparto, bem como os fatores sociodemográficos e obstétricos associados, em uma maternidade pública de referência para o Estado de Goiás, localizada em Goiânia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório descritivo, retrospectivo e de natureza quantitativa, com coleta secundária de dados. A pesquisa foi desenvolvida no Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade Dona Íris, de caráter público municipal, situada em Goiânia, Goiás.

Foram utilizadas as variáveis: idade (em anos); anos de estudo, ocupação (possui trabalho versus não possui trabalho), raça autodeclarada (branco versus não branco), status conjugal (vive com companheiro versus vive sem companheiro), renda (em reais), prática religiosa (não versus sim), tipo de moradia (própria ou não-própria), prática de atividade física (sim ou não), comorbidades prévias (sim versus não), uso de medicações (sim versus não), uso de substâncias psicoativas (sim versus não). Em relação aos aspectos clínicos obstétricos serão analisadas as variáveis: realizou pré-natal (sim ou não), número de consultas de pré-natal, idade gestacional em que iniciou o pré-natal, planejamento da gravidez (sim ou não), idade gestacional (em semanas), paridade, indicação médica de cesárea intraparto, gestação de alto risco (sim versus não), intercorrência pós-parto (sim ou não), intercorrência neonatal (sim ou não) e qual a indicação de cesárea.

Inicialmente os dados foram inseridos em software estatístico, software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, para análise, descrição e interpretação dos resultados. Posteriormente, serão realizadas estatísticas simples com frequência, Intervalo de Confiança 95% (IC:95%), média e Desvio Padrão (DS±).

RESULTADOS

Nesta investigação, analisou-se 97 prontuários físicos entre os meses de janeiro a março de 2020, houveram 8 perdas devido a informações inconclusivas, resultando em 89 registros. A média de idade das mulheres submetidas à cesárea intraparto foi de 24,¹⁷ anos (IC 95% 4,736 – 6,053, SD 5, 451), mínima de 15 e a máxima de 38 anos, a escolaridade média foi de 10,2 anos (IC 95% 1,636 – 2,704, SD 2, 252), a maioria vivia sem parceiro 68 (76,4 %, IC 95% 67,4-85,4) e possuíam renda menor que dois salários 51 (57,3%, IC 95% 57,3 – 78,7).

Dos prontuários analisados quanto as cidades de origem as maiores prevalências referiram-se as que sediam na capital 46 (51,7%, IC 95% 41,6-61,8), e cidades do entorno 43 (48,3%, IC 95% 48,2-58,4).

A caracterização sociodemográfica das mulheres submetidas à cesárea intraparto está apresentada na Tabela 1.

VARIÁVEIS	N (%)	IC 95%
Idade, anos		
≤18	11 (12,4)	5,6 – 20, 2
≥19 a ≤34	74 (83,1)	75, 3 – 91, 0
≥35	4 (4,5)	,0 – 9,0
Raça*		
Branco	19 (21,3)	13,5-30,3
Não Branca	70 (78,7)	69,7-86,5
Estado conjugal		
Vive com parceiro	21 (23,6)	14,6 - 32,6
Vive sem parceiro	68 (76,4)	67,4 - 85,4
Ocupação		
Trabalho formal	18 (24)	12,4 – 28,1
Trabalho não formal	57 (76)	53,9 – 74,2
Cidade de origem		
Goiânia	46 (51,7)	41,6 - 61,8
Entorno	43 (48,3)	48,2 - 58,4

*Auto declarada.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres submetidas a cesárea intraparto, Goiânia, Brasil, 2019 (n= 89).

A Tabela 2 apresenta a caracterização obstétrica das mulheres submetidas à cesárea intraparto e o motivo da mesma. Observou-se que 74 (83,1%) das mulheres cursavam gestação a termo, entre 37 semanas e 40 semanas e 6 dias, em que a maioria, 84 (84,5 %) fez acompanhamento pré-natal. Em relação a paridade, 51 (57,3%) das mulheres estavam vivenciando sua primeira gestação. Dentre as indicações de cesárea intraparto, as mais frequentes foram parada de progressão 44 (49,4 %), sofrimento fetal agudo 28 (31,5), seguido de desproporção cefalo pélvica 8 (9,0%), os demais registros se estendiam à macrosomia fetal e à Síndrome Hipertensiva Específica Gestacional (SHEG).

VARIÁVEIS	N (%)	IC 95%
IG^a no parto		
37s à 40s 6dias	74 (83,1)	75, 3 – 89, 9
≥ 41s	15 (16,9)	10, 1 – 24, 7
Pré-natal		
Sim	84 (84, 4)	89,9 – 98,9
Não	5 (5,6)	1,1 – 10, 1
Nº de consultas de PN^b		
< 6	27 (33, 8)	22, 5 – 43, 8
≥ 6	53 (66, 3)	56, 3 – 77,5
Paridade		
Primípara	51 (57, 3)	47,2 67, 4
Múltipara	38 (42, 7)	32, 6 – 52, 8
Dilatação cervical na internação, cm		
< 4	27 (30,7)	21,6 – 40,9
≥ 4	61 (69,3)	59,17 – 78, 4
Amniotomia		
Sim	16 (18)	10, 1 – 25, 8
Não	73 (82)	74, 2 – 89, 9
Ocitocina intraparto		
Sim	41 (46, 1)	36, 0 – 56, 2
Não	48 (53, 9)	43, 8 – 64, 0
Métodos não farmacológicos		
Sim	77 (86, 5)	79,8 – 93,3
Não	12 (13, 5)	6, 7 – 13, 2
Indicação cesárea IP^c		
Parada de progressão	44 (49, 4)	39, 3 – 60, 6
SFA ^d	28 (31, 5)	21,3 – 42, 7
DCP ^e	8 (9,0)	3,4 – 15, 7
Dilatação cervical na indicação de cesárea, cm		
< 6	25 (28,4)	18,2 – 37, 5
≥ 6	63 (71,6)	62,5 – 81, 8

^aIdade gestacional. ^bPré-natal. ^cSofrimento fetal agudo. ^dDesproporção cefalo pélvica. ^eIntraparto

Tabela 2. Caracterização obstétrica das mulheres submetidas à cesárea intraparto e motivo de indicação, Goiânia, Brasil, 2019 (n= 89).

Na Tabela 3 estão apresentados os dados relacionados ao recém-nascido e intercorrência pós-parto. No estudo, 78 (87,6%) dos recém-nascidos nasceram com Apgar de 1º minuto de vida maior ou igual a 7 e 11 (12,4%) Apgar menor que 7. A totalidade dos recém-nascidos apresentaram Apgar de 5º minuto de vida maior ou igual a 8.

VARIÁVEIS	N (%)	IC 95%
Apgar de 1º min		
< 7	11 (12,4)	5,6 – 20,2
≥ 7	78 (87,6)	79,8 – 94,4
Contato pele a pele imediato		
Sim	20 (22,5)	13,5 – 36,5
Não	69 (77,5)	67,4 – 86,5
Amamentação 1ª hora de vida		
Sim	19 (21,3)	13,5 – 30,3
Não	70 (78,7)	69,7 – 86,5
Clampeamento tardio do cordão umbilical		
Sim	68 (76,4)	67,4 – 85,4
Não	21 (23,6)	14,6 – 32,6
Assistência respiratório por HOOD		
Sim	16 (18)	10,1 – 25,8
Não	73 (82)	74,2 – 89,9
Intercorrência pós-parto*		
Sim	2 (2,2)	,0 – 5,6
Não	87 (97,8)	94,4 – 100,0

*Relacionada a Hemorragia pós-parto.

Tabela 3. Caracterização da assistência ao recém-nascido e intercorrência pós parto, Goiânia, 2019 (n =89).

A Tabela 4 apresenta as comorbidades gestacionais mais frequentes das mulheres submetidas à cesárea intraparto.

VARIÁVEIS	N (%)	IC 95%
SHEG ^a /Pré-eclâmpsia	4 (4,5)	1,1 – 9,0
DMG ^b	9 (10,1)	4,5 – 16,9
Sífilis Gestacional	4 (4,5)	1,1 – 9,0
ITU ^c	8 (9,0)	3,4 – 15,7
Sem comorbidades	75 (71,9)	-

^a Síndrome Hipertensiva Específica Gestacional. ^b Diabetes Mellitus Gestacional. ^c Infecção do Trato Urinário.

Tabela 4. Comorbidades obstétricas das mulheres submetidas à cesárea intraparto, Goiânia, 2019 (n= 89).

DISCUSSÃO

Este estudo revelou uma prevalência de mulheres submetidas à cesárea intraparto com média de idade de 24,1 anos, predominando a faixa etária de 19 a 34 anos, que representa 83,1% da população estudada e uma pequena parcela (12,4%), possuíram 18 anos ou menos. A maioria eram não brancas (48,7%), com média de 10,2 anos de estudos, sem trabalho formal (76%), de baixa renda (57,3%) e que viviam sem parceiro (76,4%), conforme constava em ficha cadastral e Declaração de Nascido Vivo anexada ao prontuário físico.

As características sociodemográficas encontradas nesta investigação assemelham-se a estudo realizado em uma maternidade pública de Tocantins, com 239 mulhe-

res, em que a média de idade das mulheres submetidas a cesárea foi de 26,5 anos e 43% tinham ensino médio completo, cerca de 11 anos de estudos¹⁴. Pádua et al, 2010, também evidenciou uma prevalência de 32,9% de mulheres com indicação de cesárea intraparto entre 25 a 39 anos de idade em maternidades públicas de São Paulo e Distrito Federal¹⁵.

Alguns indicadores como nível socioeconômico desfavorável e baixa escolaridade aparecem relacionadas às indicações de cesárea em maternidades públicas no Brasil assim como encontrado nesta pesquisa^{14,16,17}. Vale destacar que 48,3% das mulheres pertenciam às cidades do entorno, haja vista que a maternidade em questão é referência para o Estado de Goiás em assistência materno infantil.

Este estudo revelou uma prevalência de mulheres submetidas à cesárea intraparto com média de idade de 24,1 anos, predominando a faixa etária de 19 a 34 anos, que representa 83,1% da população estudada e uma pequena parcela (12,4%), possuíram 18 anos ou menos. A maioria eram não brancas (48,7%), com média de 10,2 anos de estudos, sem trabalho formal (76%), de baixa renda (57,3%) e que viviam sem parceiro (76,4%), conforme constava em ficha cadastral e Declaração de Nascido Vivo anexada ao prontuário físico.

No que tange o perfil obstétrico, a maioria das mulheres estavam entre 37 semanas e 40 semanas e 6 dias, caracterizando gestação a termo. Também, 84% delas fizeram acompanhamento pré-natal, em que 66,6% frequentou 6 vezes ou mais. Estudos sobre fatores relacionados a cesárea em hospitais públicos brasileiros também evidenciou maiores números de consultas, sugerindo que gestações com predisposição a cesáreas devido a comorbidades como hipertensão e Diabetes têm maior adesão às consultas médicas. Logo, são as condições clínicas das gestantes que refletem em um maior número de consultas. Ademais, a assistência pré-natal é essencial na atenção à saúde materno infantil, pois possibilita melhores resultados perinatais através da identificação precoce de riscos gestacionais^{15,17}.

No que tange o perfil obstétrico, a maioria das mulheres estavam entre 37 semanas e 40 semanas e 6 dias, caracterizando gestação a termo. No que tange o perfil obstétrico, a maioria das mulheres estavam entre 37 semanas e 40 semanas e 6 dias, caracterizando gestação a termo. Também, 84% delas fizeram acompanhamento pré-natal, em que 66,6% frequentou 6 vezes ou mais. Em relação a paridade, notou-se prevalência de primíparas, ou seja, mulheres vivenciando sua primeira gestação. No Brasil, a proporção de cesáreas é maior em primíparas, principalmente naquelas residentes na Região Central, sendo indicadas muitas vezes sem critérios clínicos¹⁸. Ainda, 30,7% das mulheres deste estudo foram internadas com dilatação cervical menor que quatro centímetros. Sabe-se que a fase do trabalho de parto na admissão à maternidade é fator importante. Estudos apontam maiores riscos de ce-

sárea intraparto entre mulheres internadas com menos de três centímetros de dilatação da cérvix uterina, sobretudo relacionada a parada secundária de dilatação¹⁶. Portanto, salienta-se para uma mudança de perfil de internação das mulheres, preferindo a internação em fase ativa de trabalho de parto.

Embora 86,5% das mulheres tenham recebido algum método não farmacológico facilitador do trabalho do trabalho de parto, como banho de imersão em água morna, bola suíça, e liberdade de deambulação, 46,1% foram expostas ao uso de ocitocina endovenosa intraparto. Estudo sobre assistência obstétrica no Brasil, revelou que o uso de ocitocina é maior em mulheres de baixa escolaridade e usuárias do serviço público e merece atenção¹⁸. A ocitocina é um medicamento usado na prática obstétrica para corrigir a atividade uterina quando há falha no trabalho de parto, contudo, não deve ser usada de forma rotineira e indiscriminada¹⁹.

As maiores proporções de cesárea intraparto foram parada de progressão (49,4%), Sofrimento Fetal Agudo (SFA) (31,5%), seguido de Desproporção cefalo pélvica (9,0%), corroborando com outras pesquisas que abordaram os critérios clínicos de cesáreas de maternidades públicas^{14,19,20}. Apesar dos progressos obstétricos, verifica-se nas últimas décadas um aumento significativo nas taxas de cesárea no mundo, sobretudo no Brasil. As cesarianas tornaram-se a vida de parto mais frequente, atingindo 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde e 40% no Sistema Único de Saúde (SUS)²¹. A Organização Mundial de Saúde elaborou uma taxa aceitável de partos cesáreos de 10% a 15%, com base nos resultados dos partos cesáreos dos países com menores taxas de mortalidade materna e neonatal⁶.

Neste sentido, a maioria das indicações encontrada neste estudo caracterizam indicações relativas para cesarianas, haja vista que nas distócias de progressão ou dilatação da cérvix uterina, o parto pode ocorrer a partir da correção da dinâmica uterina. Contudo, em casos em que a Desproporção Cefalo Pelvica (DCP) é evidenciada corretamente em partograma a cesariana encontra-se indicada²². A DCP é uma das condições obstétricas mais frequentes de indicações de cesariana e talvez a mais discutível, porém, quando bem diagnosticada é uma das indicações absolutas da cesariana.

O SFA caracteriza-se por asfixia persistente e ocorre durante o trabalho de parto, podendo levar ao comprometimento dos mecanismos compensatórios fetais, e que pode ser revertido através da ressuscitação fetal intraútero. Na prática clínica, quando esta não é capaz de tratar a hipóxia, indica-se a finalização do parto pela via mais rápida¹³. Mesmo assim, os avanços tecnológicos relacionados a assistência ao parto vêm alcançando melhores desfechos maternos e fetais, reduzindo a morbidade perinatal.

No estudo, 78 (87,6%) dos recém-nascidos nasceram com Apgar de 1º minuto de vida maior ou igual a 7 e 11

(12,4%) Apgar menor que 7. A totalidade dos recém-nascidos apresentaram Apgar de 5º minuto de vida maior ou igual a 8, aproximando-se aos achados de estudo realizado em maternidade pública do Distrito Federal²². O escore de Apgar é utilizado para avaliar a vitalidade fetal que varia de 0 a 10, em que valores inferiores a 7 podem confirmar o diagnóstico de SFA²³.

Destaca-se que a maioria das mulheres deste estudo não apresentavam comorbidades, totalizando 71,9% da amostra estudada. Ao passo que uma menor parcela (10,1%) tinha diagnóstico de DMG e 4,5% de pré-eclâmpsia. É sabido que algumas doenças maternas podem complicar a evolução da gestação e do trabalho de parto, favorecendo resultados perinatais desfavoráveis e maiores índices de cesárea¹⁵.

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

CONCLUSÃO

Notou-se uma prevalência de mulheres com idade predominando a faixa etária de 19 a 34 anos, sendo a maioria de raça não branca, com média de 10,2 anos de estudos, sem trabalho formal, de baixa renda e que viviam sem parceiro, podendo concluir que o nível socioeconômico desfavorável, baixa escolaridade e instabilidade conjugal aparecem relacionadas às indicações de cesárea.

No que tange o perfil obstétrico, foi possível observar que a maioria se encontrava em gestação a termo, frequentavam pré natal, não apresentavam comorbidades e que houve maior indicação em primíparas.

A prevalência das indicações de cesárea intraparto foi a parada de progressão.

REFERÊNCIAS

1. Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*, 2014; 30(Suppl 1): S17-S32.
2. Miller S et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 2016; 388:2176-92.
3. Ribeiro LB. Nascido em Belo Horizonte: cesarianas desnecessárias e prematuridade. 2016. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana, protocolo relatório de recomendação. Brasília, 2015. 101 p.8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde: estatísticas vitais tipos de parto. Brasília, 2016.
6. Araújo KRS et al. Estudo sociodemográfico e obstétrico de parto cesariano em uma maternidade pública. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 2016; 7(supl. 1):949-962.
7. Who. World Health Organization. Statement on Caesarean Section Rates. 2015. Disponível em < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1>. Acessado em 25 de jun 2020.
8. Brasil. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Proporção de partos cesáreos. 2015. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2008/F08def>>. Acesso em 20 de jun 2020.

9. Althabe F, Belizan JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S. et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2004; 363(9425):1934-40.
10. - Villar J et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, 2007; 1(335):7628
11. Saens CAV. Factores determinantes de un embarazo a termino que culmina en cesarea en el hospital teodoro maldonado carbo de enero a marzo carbo 2016. Tesis (Tesis em Médico Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, p. 39, 2017.
12. Zheng YY, Zou LY, Fan L. Indications and Pregnancy Outcomes of Intrapartum Cesarean Section After the New Partogram Applied. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 2016; 51(4):245-249.
13. Novo JLVG et al. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*, 2017; 19(2): 67-71.
14. Oliveira CCC. Análise da indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e dos critérios clínicos prescritos para sua realização. Dissertação (Mestrado Acadêmico) – Universidade Federal do Tocantins. Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Palmas, TO, 2016.
15. Pádua RTS et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(1):70-9.
16. Silveira DS; Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad de Saúde Pública*, 2004; 20(suppl. 2).
17. Moreira AC et al. Características clínicas e epidemiológicas dos partos ocorridos em um hospital maternidade da cidade de Sobral/CE. *Rev Med (São Paulo)*, 2018; 97(6):554-60.
18. Leal MC et al . Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*, 2014; 30 (supl. 1): S117- S127.
19. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego A. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 1(24): 2744.
20. Alves GC et al. Caracterização das cesarianas em um Hospital Público do Distrito Federal. *Vitalle –Revista de Ciências da Saúde*, 2020; 32(2):36-45.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendações. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p.5. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf
22. Amorim MMR et al. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *FEMINA*, 2010; 38(8):415-422.
23. Santos LM, Pasquini VZ. A importância do Índice de Apgar. *Rev Enferm UNISA*, 2009; 10(1):39-43.

PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS A CIRURGIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

PROFILE OF NEWBORNS SUBMITTED TO SURGERY IN THE INTENSIVE CARE UNIT

PATRÍCIA DE PAULA MIGUEL¹, SANDRA MARCIA RAMOS PIMENTEL AFIUNE¹, DANIELA CARVALHO PORTAL¹, CARLA AMARAL VIEIRA¹, TÁRIK KASSEM SAIDAH²

RESUMO

INTRODUÇÃO: As melhorias nos resultados cirúrgicos pediátricos são em parte atribuíveis aos grandes avanços à melhor compreensão da fisiologia neonatal, anestesia pediátrica especializada, cuidados intensivos neonatais, incluindo suporte cardiopulmonar sofisticado, utilização de nutrição parenteral e ajustes no gerenciamento de fluidos, refinamento da técnica cirúrgica e avanços na tecnologia cirúrgica, incluindo opções minimamente invasiva, o que fez diminuir ainda mais a mortalidade operatória em neonatos.

OBJETIVO: Analisar o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia em unidade de terapia intensiva neonatal.

MÉTODO: Estudo transversal retrospectivo analítico com levantamento de todos os casos de cirurgias realizados em recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital e Maternidade Dona Íris (HMDI).

RESULTADOS: Foram analisados 523 prontuários que correspondem à quantidade de pacientes internados na UTI Neonatal do HMDI no ano de 2018 e 2019 e desses 78 foram submetidos a algum tipo de cirurgia correspondendo a 14,9% dos RN. O perfil destes pacientes é de idade gestacional entre 33 a <37 semanas 31(40%), com peso >2500g 35(45%), sexo masculino 45(58%), nascidos por cesárea 49(63%), sem complicações pós-cirúrgica 41(53%). O tipo de cirúrgica predominante foi a toracostomia com dreno 21 (27%) seguido pela gastroquise 11(14%). Na comparação entre idade gestacional e tipo de cirurgia encontrou-se: < 28 semanas a toracostomia com dreno, 29 a < 32 semanas a toracostomia com dreno e a herniorrafia, 33 a < 37 semanas a gastrosquise, > 38 semanas a toracostomia com dreno. A principal complicação encontrada foi a sepse 17(42%) e o óbito 16 (40%). Vale destacar que houve uma maior ocorrência de óbitos em RN com idade gestacional < 28 semanas 8(50%). Dos pacientes que realizaram cirurgia 20,5% morreram.

CONCLUSÕES: O perfil dos pacientes submetidos a cirurgia em UTI neonatal foi de RN do sexo masculino, idade gestacional entre 33 a <37 semanas, com peso >2500g, nascidos por cesárea e sem complicações pós-cirúrgica. A taxa de cirurgias realizadas na UTI neonatal foi de 14,9%. A principal complicação encontrada foi a sepse 42%. Índice de óbito no pós-cirúrgico foi de 20,5%.

PALAVRAS-CHAVE: RECÉM-NASCIDO, UTI NEONATAL, CIRURGIAS.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Improvements in pediatric surgical outcomes are partly attributable to major advances in better understanding of neonatal physiology, specialized pediatric anesthesia, neonatal intensive care, including sophisticated cardiopulmonary support, use of parenteral nutrition and adjustments in fluid management, refinement of surgical technique and advances in surgical technology, including minimally invasive options, which further reduced operative mortality in neonates.

OBJECTIVE: To analyze the profile of patients undergoing surgery in a neonatal intensive care unit.

METHOD: Retrospective analytical cross-sectional study with survey of all cases of surgery performed on newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of the Hospital and Maternidade Dona Íris (HMDI).

RESULTS: We analyzed 523 medical records that correspond to the number of patients admitted to the Neonatal ICU of HMDI in 2018 and 2019 and of these 78 underwent some type of surgery corresponding to 14.9% of NBs. The profile of these patients is of gestational age between 33 to <37 weeks 31 (40%), weighing > 2500g 35 (45%), male 45 (58%), born by cesarean section 49 (63%), without post complications - surgical 41 (53%). The predominant type of surgery was a thoracostomy with a drain 21 (27%) followed by a gastroise 11 (14%). In the comparison between gestational age and type of surgery, we found: <28 weeks thoracostomy with drain, 29 to <32 weeks thoracostomy with drain and herniorrhaphy, 33 to <37 weeks gastroschisis, > 38 weeks thoracostomy with drain. The main complication found was sepsis 17 (42%) and death 16 (40%). It is worth noting that there

1. Hospital e Maternidade Dona Íris
2. Unievangélica

ENDEREÇO

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

was a higher occurrence of deaths in NBs with gestational age <28 weeks 8 (50%). Of the patients who underwent surgery, 20.5% died.

CONCLUSIONS: The profile of patients undergoing surgery in the neonatal ICU was male NB, gestational age between 33 to <37 weeks, weighing > 2500g, born by cesarean section and without post-surgical complications. The rate of surgeries performed in the neonatal ICU was 14.9%. The main complication found was sepsis 42%. Post-surgical death rate was 20.5%.

KEYWORDS: NEWBORN, NEONATAL ICU, SURGERIES.

INTRODUÇÃO

A Unidade de terapia intensiva Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Com o avanço da medicina e o desenvolvimento técnico-científico, pode-se mudar o perfil das crianças internadas em Unidades de terapia intensiva (UTI), demandando dos profissionais cuidados mais complexos e procedimentos invasivos que consegue efetivamente garantir a sobrevivência destes pacientes^{1,2}.

O período neonatal é extremamente vulnerável e constitui um dos principais componentes da mortalidade infantil. Estima-se que cerca de 25,0% das mortes acontecem nas primeiras vinte e quatro horas de vida e a maioria dessas mortes neonatais se relacionam a à prematuridade, asfixia e infecções³.

A cirurgia neonatal surgiu como um incipiente nas décadas de 1930 e 1940 em centros regionais restritos do mundo onde os cirurgiões pediátricos pioneiros estavam localizados. Ele se transformou em uma subespecialidade cirúrgica pediátrica genuína durante os anos 1950, liderada por aqueles hospitais infantis que desenvolveram unidades cirúrgicas neonatais. Desenvolvimentos tecnológicos como ultrassom, tomografia computadorizada (TC), ventiladores sofisticados e avanços na nutrição parenteral revolucionaram o diagnóstico e o tratamento. A ressonância magnética, ECMO aumentaram o escopo e expandiram os horizontes do cuidado neonatal na década de 1980, melhorando o rendimento do tratamento e reduzindo a morbidade e mortalidade⁴.

As melhorias nos resultados cirúrgicos pediátricos são em parte atribuíveis aos grandes avanços à melhor compreensão da fisiologia neonatal, anestesia pediátrica especializada, cuidados intensivos neonatais, incluindo suporte cardiopulmonar sofisticado, utilização de nutrição parenteral e ajustes no gerenciamento de fluidos, refinamento da técnica cirúrgica e avanços na tecnologia cirúrgica, incluindo opções minimamente invasiva, o que fez diminuir ainda mais a mortalidade operatória em neonatos⁵.

No entanto, as complicações de curto e longo prazo após a cirurgia neonatal continuam a ter efeitos pro-

fundos e às vezes duradouros em pacientes, famílias e sociedade⁶.

Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia em unidade de terapia intensiva neonatal.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo analítico com levantamento de todos os casos de cirurgias realizados em recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital e Maternidade Dona Íris (HMDI). Foram analisadas todos as fichas de alta dos neonatos internados na UTIN de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. As variáveis estudadas foram idade gestacional, peso, sexo, tipo de parto e o procedimento cirúrgico realizado, foram excluídos as frenotomias e as cirurgias oculares a laser. A análise descritiva dos dados foi realizada e apresentada sob a forma de tabelas, sendo as variáveis categóricas descritas por frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS

Foram analisados 523 prontuários que correspondem à quantidade de pacientes internados na UTI Neonatal do HMDI no ano de 2018 e 2019 e desses 78 foram submetidos a algum tipo de cirurgia correspondendo a 14,9% dos RN.

	N	%
Idade gestacional		
< 28	18	23
29 a < 32	7	9
33 a < 37	31	40
>38	22	28
Peso		
< 1500	27	35
1501 a 2499	16	30
> 2500	35	45
Sexo		
Feminino	33	42
Masculino	45	58
Tipo de Parto		
Normal	29	37
Cesárea	49	63
Complicações pós-cirúrgica		
Sim	37	47
Não	41	53

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Tabela 1: Distribuição das características dos pacientes internados na UTI Neonatal do HMDI no ano de 2018/2019 submetidos a cirurgia

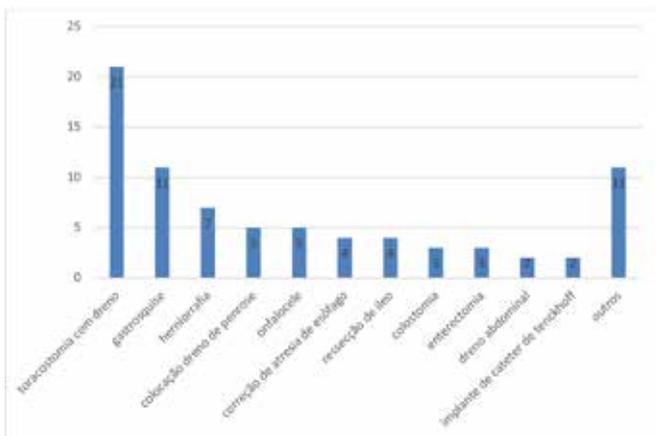


Gráfico 1: Distribuição das principais procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes internados na UTI Neonatal do HMDI no ano de 2018/2019.

IDADE GESTACIONAL	TIPO DE CIRURGIA	N
< 28 semanas	onfalocele	1
	toracostomia com dreno	8
	colocação dreno de penrose	3
	hemiorrafia	2
	reseção de íleo	3
29 a < 32 semanas	enterectomia	1
	correção de atresia de duodenal	1
	hemiorrafia	2
	toracostomia com dreno	1
	colocação dreno de penrose	1
33 a < 37 semanas	toracostomia com dreno	2
	esofagostomia	1
	onfalocele	2
	polidactilia	1
	cirurgia reparadora de anus imperfurado	1
	gastrostomia	1
	hemiorrafia	1
	laparotomia exploradora	1
	paracentese	1
	dreno abdominal	2
	implante de cateter de tenckhoff	1
	colocação dreno de penrose	1
	reseção de íleo	1
	colostomia	1
correção de atresia de esôfago	1	
> 38 semanas	exeresse de pancreas acessório	2
	gastroquise	8
	hemiorrafia inguinal	1
	toracostomia com dreno	4
	toracostomia com dreno	6
	colostomia	2
	correção de atresia de esôfago	3
	gastroquise	3
	inserção de cateter de dialise	1
	onfalocele	1
	traqueostomia	2
	enterectomia	2
	hemiorrafia	1
correção de anomalia anorretal	1	
implante de cateter de tenckhoff	1	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Tabela 2: Distribuição das características do tipo de cirurgia x idade gestacional dos pacientes internados na UTI Neonatal do HMDI no ano de 2018/2019

COMPLICAÇÕES	N	%
sepsse	17	42
óbitos	16	40
choque	3	7
deiscência de ferida	2	5
anemia	1	2
hemorragia	1	2
insuficiência renal	1	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Tabela 3: Distribuição das principais complicações ocorridas nos pacientes internados na UTI Neonatal do HMDI no ano de 2018/2019 submetidos a cirurgia.

IDADE GESTACIONAL	N	%
< 28	8	50
29 a < 32	2	12
33 a < 37	4	26
>38	2	12

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Tabela 4: Distribuição dos óbitos x idade gestacional dos pacientes internados na UTI Neonatal do HMDI no ano de 2018/2019 submetidos a cirurgia.

DISCUSSÃO

A Sociedade Japonesa de Cirurgiões Pediátricos realizou uma pesquisa nacional de cirurgia neonatal a cada 5 anos durante os 50 anos desde sua fundação. O número de casos cirúrgicos neonatais aumentou 5 vezes durante esses 50 anos, enquanto a taxa de mortalidade diminuiu de 60% para 15% para as principais doenças potencialmente fatais (como atresia de esôfago, hérnia diafragmática, onfalocele e gastroquise). Atualmente, a maioria dos pacientes neonatais que são submetidos à cirurgia para anomalias cardíacas ou cromossômicas graves sobrevive. Procedimentos cirúrgicos endoscópicos e incisões usando vincos naturais da pele foram desenvolvidos para alcançar bons resultados e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Por outro lado, casos cirúrgicos neonatais ainda continua sendo graves como: pacientes com hérnia diafragmática acompanhada de hipoplasia pulmonar grave, enormes teratomas sacrococcígeos e perfuração intestinal neonatal⁷. Aqui no Brasil não foi possível localizar este tipo de estudo. Ao analisar a literatura encontrou-se apenas um estudo que apresenta uma ampla análise sistematizada de complicações pós-operatórias numa grande variedade de procedimentos cirúrgicos neonatais, sendo este o segundo, por isso se torna relevante pois é neces-

sário conhecer e analisar informações sobre incidência e fatores preditivos de morbidade grave na população neonatal cirúrgica. Compreender a gravidade e os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias entre os recém-nascidos operados servem para um direcionamento na prevenção da ocorrência de morbidade⁸.

O perfil encontrado aqui foi de pacientes com idade gestacional entre 33 a <37 semanas 31(40%), com peso >2500g 35(45%), sexo masculino 45(58%), nascidos por cesárea 49(63%), sem complicações pós-cirúrgica 41(53%).

O tipo de cirúrgica predominante foi a toracostomia com dreno 21 (27%) seguido pela gastroquise 11(14%). Na comparação entre idade gestacional e tipo de cirurgia encontrou-se: < 28 semanas a toracostomia com dreno, 29 a < 32 semanas a toracostomia com dreno e a herniorrafia, 33 a < 37 semanas a gastroquise, > 38 semanas a toracostomia com dreno. A grande maioria dos pneumotórax no RN é iatrogênica, secundária a uma ventilação inadequada para o paciente, decorrente de acidente de punção de veia subclávia ou no pós-operatório de patologias torácicas. A gravidade do pneumotórax será proporcional ao agente causador e ao tamanho do paciente. Os prematuros e prematuros extremos toleram mal o pneumotórax, principalmente o pneumopericárdio e em diversas ocasiões será necessária a colocação de mais de um dreno e de aspiração contínua⁹. Estudo realizado por Catre et al., (2013) citaram quatro fatores com significância estatística para o óbito após cirurgia como: mais do que uma intervenção, reparação cirúrgica de hérnia diafragmática congênita, prematuridade com menos de 32 semanas de gestação e cirurgia abdominal⁸.

A principal complicação encontrada foi a sepse 17(42%) e o óbito 16 (40%). A sepse neonatal é uma causa frequente de morbimortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento. O seu diagnóstico é difícil, uma vez que os sinais clínicos são inespecíficos e os exames complementares têm baixa acurácia. A observação contínua do paciente, saber valorizar sinais clínicos e observar os fatores de risco são fundamentais para uma suspeição diagnóstica¹⁰. Vale destacar que houve uma maior ocorrência de óbitos em RN com idade gestacional < 28 semanas ⁸(50%) Dos pacientes que realizaram cirurgia 20,5% morreram. A probabilidade de morte diminui significativamente com o aumento da idade gestacional, ela representa um terço da probabilidade de morte correspondente à primeira semana de vida. Ao se considerarem especificamente os nascidos vivos com muito baixo peso (menos de 1.500 g), chama a atenção o fato de que, o risco relativo durante a primeira semana de vida chega a ser 165 vezes maior que o correspondente aos nascidos com peso adequado, relação que diminui para 132 vezes nas semanas seguintes¹¹.

Estudo realizado no Rio de Janeiro com 193 neonatos

internados em uma UTIN, 52,85% eram do sexo masculino e 47,15% do sexo feminino, 69,95% nascidos de parto cesáreo, enquanto 30,05% nascidos de parto vaginal. 39,9% tinham peso de nascimento maior ou igual a 2500g e 60,1% tinham baixo peso, muito baixo ou extremo baixo peso ao nascer. 64,24% dos RNs do estudo eram prematuros, sendo destes 21,77% prematuros extremos e 78,23% prematuros moderados com percentual de óbito de 7,5%¹². O tipo de parto não apresentou associação com a mortalidade¹³.

O conhecimento das características de nascimento e óbitos dos recém-nascidos, das condições biológicas da gestação e parto, bem como dos neonatos admitidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), disponibilizadas através de estudos epidemiológicos adequados, pode subsidiar ações de assistência em saúde, minimizando a ocorrência de seus agravos e planejando um atendimento mais adequado¹⁴.

Compreender a gravidade e os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias entre os recém-nascidos operados servem para um direcionamento na prevenção da ocorrência de morbidade⁸.

CONCLUSÃO

- ✓ O perfil dos pacientes submetidos a cirurgia em UTI neonatal foi de RN do sexo masculino, idade gestacional entre 33 a <37 semanas, com peso >2500g, nascidos por cesárea e sem complicações pós-cirúrgica.
- ✓ A taxa de cirurgias realizadas na UTI neonatal foi de 14,9%.
- ✓ A principal complicação encontrada foi a sepse 42%.
- ✓ Índice de óbito no pós-cirúrgico foi de 20,5%.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria n° 930, de 10 de maio de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Gomes AVO, Nascimento MAL. O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Rev esc enferm USP. 2013; 47(4):794-800.
3. Ferraresi MF, Arrais AR. Perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal pública. Rev Rene, 2016;17(6):733-40.
4. Soper RT, Kimura K. Overview of neonatal surgery. Clin Perinatol. 1989; 16(1):1-12.
5. Rickham PP. Into the limits of neonatal surgery. Z Kinderchir, 1992;35(2):46-50.
6. Escobar MA, Caty MG. Complications in neonatal surgery. Semin Pediatr Surg. 2016;25(6):347-370.
7. Taguchi T et al. Progress in and outcomes of neonatal surgery over the past 50 years. Nihon Geka Gakkai Zasshi, 2014; 115(6):306-11.
8. Catre D et al. Fatores preditivos de complicações graves em cirurgia neonatal. Rev Col Bras Cir, 2013; 40(5).
9. Boëchat, PR. Patologia cirúrgica do recém-nascido. In: Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p.
10. Procianoy RS, Silveira RC. Os desafios no manejo da sepse neonatal. J. Pediatr. (Rio J.), 2020;96(supl. 1):80-86.
11. Ortiz LP, Oushiro DA. Perfil da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, 2008; 22(1):19-29.
12. Silva EJ et al. Perfil Epidemiológico de UTI Neonatal de Maternidade Pública do Interior do RJ. Revista de Pediatria SOPERJ,2015;1(1).
13. Carvalho PI et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. Epidemiol. Serv. Saúde, 2007;16(3):185-194.
14. Lima SS. Perfil epidemiológico dos recém-nascidos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de referência em atenção materno infantil. Tese em Português. Belém-Pará; s/n; 2015. 67 p.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE MORTALIDADE NEONATAL NA APLICAÇÃO DO ESCORE CRIB

EVALUATION OF NEONATAL MORTALITY RISK IN THE CRIB SCORE APPLICATION

CARLA AMARAL VIEIRA¹, SANDRA MARCIA RAMOS PIMENTEL AFIUNE¹, DANIELA CARVALHO PORTAL¹, PATRÍCIA DE PAULA MIGUEL¹, TÁRIK KASSEM SAIDAH²

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em neonatologia, vários escores de gravidade da doença foram desenvolvidos para prever o risco de mortalidade e morbidade em neonatos. Dentre os escores baseados em alterações fisiológicas, alguns são mais simples, com poucas variáveis e de aplicação rápida; outros são mais completos, pois contemplam mais variáveis, mas demoram mais para serem aplicados. Os sistemas de pontuação mais estudados e mais utilizados em recém-nascidos são o Índice de Risco Clínico para Bebês (CRIB) e o Escore de Fisiologia Aguda Neonatal (SNAP). Essas pontuações foram validadas e reaplicadas em estudos distintos em diferentes. O sistema de pontuação neonatal CRIB (índice de risco clínico para bebês) utiliza peso ao nascer, idade gestacional, fração máxima e mínima de oxigênio inspirado e excesso máximo de base nas primeiras 12 horas e presença de malformações congênitas

OBJETIVO: Determinar a taxa de mortalidade dos recém-nascidos com as variações do CRIB.

RESULTADOS: Dos 283 recém-nascidos internados, 62 preencheram os critérios de inclusão. A coorte analisada apresentou peso médio de nascimento de 834,84g e variação de 500 a 1415 g. A idade gestacional média foi de 27 semanas variando de 23,3 a 31 semanas. O escore médio do CRIB foi de 6,8 e variação de 1 a 14. Foram a óbito 29 recém-nascidos (46,7%). A coorte analisada apresentou peso médio de nascimento de 834,84g e variação de 500 a 1415 g. A idade gestacional média foi de 27 semanas variando de 23,3 a 31 semanas. O escore médio do CRIB foi de 6,8 e variação de 1 a 14. A taxa de mortalidade foi observada com maior frequência em recém-nascidos com peso entre 751g a 999 gramas, idade gestacional entre 22 a 28 semanas e escore CRIB acima de 6 a 10. A taxa de sobrevivida foi observada com maior frequência em recém-nascidos com peso entre 751g a 999 gramas, idade gestacional entre 22 a 28 semanas e escore CRIB acima de 0 a 5.

CONCLUSÕES: O escore médio do CRIB foi de 6,8 e variação de 1 a 14. Foram a óbito 29 recém-nascidos (46,7%). A taxa de mortalidade foi observada com maior frequência em recém-nascidos com peso entre a 751g a 999 gramas, idade gestacional entre 22 a 28 semanas e escore CRIB acima de 6 a 10. A taxa de sobrevivida foi observada com maior frequência em recém-nascidos com peso entre 751g a 999 gramas, idade gestacional entre 22 a 28 semanas e escore CRIB acima de 0 a 5.

PALAVRAS-CHAVE: RECÉM-NASCIDO, UTI NEONATAL, CRIB.

ABSTRACT

Introduction: In neonatology, several disease severity scores have been developed to predict the risk of mortality and morbidity in neonates. Among the scores based on physiological changes, some are simpler, with few variables and are fast to apply; others are more complete, as they include more variables, but take longer to be applied. The most studied and most used scoring systems in newborns are the Clinical Risk Index for Babies (CRIB) and the Neonatal Acute Physiology Score (SNAP). These scores were validated and reapplied in different studies in different ones. The neonatal scoring system CRIB (clinical risk index for babies) uses birth weight, gestational age, maximum and minimum fraction of inspired oxygen and maximum excess of base in the first 12 hours and presence of congenital malformations

Objective: To determine the mortality rate of newborns with CRIB variations.

Results: Of the 283 hospitalized newborns, 62 met the inclusion criteria. The analyzed cohort had an average birth weight of 834.84g and a range of 500 to 1415 g. The average gestational age was 27 weeks, ranging from 23.3 to 31 weeks. The average CRIB score was 6.8 and ranged from 1 to 14.

1 - Hospital e Maternidade Dona Iris
2 - Unievangélica

ENDEREÇO

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

29 newborns (46.7%) died. The analyzed cohort had an average birth weight of 834.84g and a range of 500 to 1415 g. The average gestational age was 27 weeks, ranging from 23.3 to 31 weeks. The mean CRIB score was 6.8 and ranged from 1 to 14. 29 newborns (46.7%) died, and the mortality rate was observed more frequently in newborns weighing less than 751g at 999 grams, gestational age less than 28 weeks and CRIB score above 6 to 10. The survival rate was observed most frequently in newborns weighing less than 751g at 999 grams, gestational age less than 28 weeks and CRIB score above from 0 to 5. Conclusions: The mean CRIB score was 6.8 and the range was 1 to 14. 29 newborns (46.7%) died. The mortality rate was observed more frequently in newborns weighing less than 751g at 999 grams, gestational age less than 28 weeks and CRIB score above 6 to 10. The survival rate was observed more frequently in newborns weighing less than 751g to 999 grams, gestational age less than 28 weeks and CRIB score above 0 to 5.

KEYWORDS: NEWBORN, NEONATAL ICU, CRIB.

INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir do final da década de 80, e representa entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil atualmente. O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais. Para efeito de comparação internacional a OMS / CID-10 utiliza a taxa de mortalidade fetal tardia, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação. A mortalidade neonatal também está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido por isso é importante conhecê-las¹.

Nos últimos anos, com os avanços e melhorias no cuidado neonatal, a chance de sobrevivência dessas crianças aumentou, mas, conseqüentemente, o risco de complicações, incluindo retinopatia da prematuridade, problemas de audição, defeitos de tubo neural e aumento da bacteremia. Considerando a importância dessas doenças e a necessidade de sua prevenção, instrumento de identificação de lactentes gravemente enfermos em admissão para ajudar a equipe de tratamento é altamente necessário. Mais de uma década atrás, "pontuação de risco clínico sistemas para bebês" - isto é, CRIB e CRIBII foram utilizados para avaliar o estado de saúde e prever a mortalidade em bebês internados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN)².

Em neonatologia, vários escores de gravidade da doença foram desenvolvidos para prever o risco de mortalidade e morbidade em neonatos. Dentre os escores baseados em alterações fisiológicas, alguns são mais simples, com poucas variáveis e de aplicação rápida; outros são mais

completos, pois contemplam mais variáveis, mas demoram mais para serem aplicados. Os sistemas de pontuação mais estudados e mais utilizados em recém-nascidos são o Índice de Risco Clínico para Bebês (CRIB) e o Escore de Fisiologia Aguda Neonatal (SNAP). Essas pontuações foram validadas e reaplicadas em estudos distintos em diferentes países^{3,4}.

O sistema de pontuação neonatal CRIB (índice de risco clínico para bebês) utiliza peso ao nascer, idade gestacional, fração máxima e mínima de oxigênio inspirado e excesso máximo de base nas primeiras 12 horas e presença de malformações congênitas⁵.

Este estudo tem como objetivo determinar a taxa de mortalidade dos recém-nascidos com as variações do CRIB.

METODOLOGIA

Estudo transversal descritivo quantitativo e retrospectivo. A pesquisa foi realizada no Hospital e Maternidade Dona Iris. O hospital faz parte da rede Municipal de Saúde de Goiânia, sendo especializado na atenção humanizada em ginecologia, obstetrícia e neonatologia de baixo, médio e alto risco e tem por objetivo o desenvolvimento da assistência à saúde da mulher e da criança, exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada variável do escore CRIB tem um valor numérico pré-determinado que varia conforme a gravidade (Tabela 1), e após obter os valores somados desses itens, os pacientes são classificados em 4 graus: grau 1 para escores de 0 a 5 (6,6%), grau 2 de 6 a 10 (46,2%), grau 3 de 11 a 15 (85,7%), e grau 4 para pontuações maiores do que 15 (100%). O escore CRIB foi aplicado nas primeiras 12 horas de vida, com base na evolução médica, tendo sido anotados os valores extremos da FiO₂, que foram utilizados, e o valor mais elevado do BE obtido pela gasometria arterial. Foi considerada FiO₂ apropriada aquela necessária para manter uma saturação de oxigênio da hemoglobina entre 90 e 96% pelo oxímetro de pulso (Tabela 1)⁶.

Tabela 1 - Escore CRIB

Variável	Pontuação
Peso de nascimento (g)	
> 1.350	0
851-1.350	1
701-850	4
≤ 700	7
Idade gestacional (semanas)	
> 24	0
≤ 24	1
Malformação congênita	
Ausente	0
Sem risco de vida imediato	1
Com risco de vida imediato	3
BE máximo nas primeiras 12h de vida (mmol/l)	
> -7,0	0
-7,0 a -9,9	1
-10,0 a -14,9	2
≤ -15,0	3
FiO₂ mínima apropriada nas primeiras 12h de vida	
≤ 0,40	0
0,41-0,60	2
0,61-0,90	3
0,91-1,00	4
FiO₂ máxima apropriada nas primeiras 12h de vida	
≤ 0,40	0
0,41-0,80	1
0,81-0,90	3
0,91-1,00	5

Fonte: SARQUIS, MIYAKI, CAT, (2002)⁶.

Foram considerados recém-nascidos internados na UTI com idade gestação < 31 semanas e peso de nascimento menor que 1500g no período de Julho/2019 a Julho/2020. Foram excluídos da pesquisa os recém-nascidos com Idade gestação maior de 31 semanas e aqueles que foram encaminhados de outras unidades hospitalares para internação na UTI da Maternidade Dona Íris

RESULTADOS

Dos 283 recém-nascidos internados, 62 preencheram os critérios de inclusão. A coorte analisada apresentou peso médio de nascimento de 834,84g e variação de 500 a 1415 g. A idade gestacional média foi de 27 semanas variando de 23,3 a 31 semanas. O escore médio do CRIB foi de 6,8 e variação de 1 a 14. Foram a óbito 29 recém-nascidos (46,7%).

VARIABLES	SURVIVAL		DEATH
	N (33)	%	N (29)
CRIB			
0 to 5	23	70	5
6 to 10	6	18	13
11 to 15	4	12	11
>15	0	0	0

Tabela 1 - Distribuição do CRIB em relação a óbito e sobrevida de neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva, Goiânia, 2019-2020.

VARIABLES	SURVIVAL		DEATH
	N (33)	%	N (29)
Weight			
<750	5	15	10
751 to 999	18	55	18
1000 to 1500	10	30	1

Tabela 2 - Distribuição do Peso em relação a óbito e sobrevida de neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva, Goiânia, 2019-2020.

VARIABLES	SURVIVAL		DEATH
	N (33)	%	N (29)
Gestational age			
22 to 28	27	82	22
29 to 39	6	18	7

Tabela 3 - Distribuição da Idade gestacional em relação a óbito e sobrevida de neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva, Goiânia, 2019-2020.

DISCUSSÃO

Prever o resultado de pacientes neonatais críticos ainda é difícil. Os múltiplos fatores do estado de saúde materno (infecções, diabetes, etc), a situação placentária (ruptura prematura das membranas), bem como os múltiplos fatores do bebê (pequeno para a idade gestacional, baixo índice de Apgar, infecções por nascimentos baixos, ventilação mecânica, hipoglicemia (hiperglicemia) tornam a abordagem do tratamento de cada paciente e o resultado incerto. Diversas abordagens e escalas são desenvolvidas para avaliar o risco de mortalidade nessas situações bastante complicadas⁷. Usamos a escala CRIB-II para avaliar o risco de mortalidade em 62 pacientes que deram à luz em um grande hospital terciário com mais de 4.000 partos anuais.

A coorte analisada apresentou peso médio de nascimento de 834,84g e variação de 500 a 1415 g. A idade gestacional média foi de 27 semanas variando de 23,3 a 31 semanas. O escore médio do CRIB foi de 6,8 e variação de 1 a 14. Foram a óbito 29 recém-nascidos (46,7%).

A taxa de mortalidade foi observada com maior frequência em recém-nascidos com peso entre a 751g a 999 gramas, idade gestacional entre 22 a 28 semanas e escore CRIB acima de 6 a 10.

A taxa de sobrevida foi observada com maior frequência em recém-nascidos com peso entre 751g a 999 gramas, idade gestacional entre 22 a 28 semanas e escore CRIB acima de 0 a 5.

Zardo e Procianny (2003) avaliaram 494 recém-nascidos admitidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de um hospital geral de Porto Alegre, RS, logo após o nascimento, entre março de 1997 e junho de 1998, 44 faleceram (8,9% de mortalidade). Dos 102 recém-nascidos com peso de até 1.500 g, 32 (31,3%) faleceram⁸.

Brito et al., (2003) avaliaram 284 recém-nascidos. O peso médio de nascimento foi de 1.148±248 g (mediana =1.180 g); a idade gestacional média foi de 30,2±2,4 semanas (mediana =30,0) e o CRIB médio foi de 3,8±4,4 (mediana =2,0). A mortalidade neonatal foi de 23,2% diferindo conforme peso <750 g (72,7%), IG<29 semanas (57,1%) e CRIB>10 (79,4%) concluindo que os recém-nascidos com peso de nasci-

mento <750 g, idade gestacional <29 semanas e escore CRIB>10 tiveram maiores taxas de mortalidade⁴.

Breuel e Segre (2007) estudaram 71 casos e a média de idade gestacional foi 27,30 ± 2,61 semanas; peso médio 1.032,61 ± 280,62 g⁹.

Najeeb et al., (2020) incluíram 254 recém-nascidos com peso de nascimento entre 500-1500 gramas e idade gestacional inferior a 35 semanas. O escore CRIB foi calculado em todos os neonatos, 54,3% (n = 138) pacientes eram do sexo masculino e 45,7% (n = 116) do feminino. A idade gestacional média foi de 33,3 semanas ± 1,04 DP e o peso médio ao nascer da população do estudo foi de 1129,9 gramas ± 210,6 DP. O escore CRIB médio entre a população do estudo foi de 6,3 ± 3,1 DP e a mortalidade geral foi de 54,7% (n = 139). O escore CRIB médio encontrado foi de 8,27 ± 2,1 DP entre o grupo de mortalidade e 3,87 ± 3,4 DP entre os recém-nascidos que receberam alta (p <0,05). A mortalidade esteve presente em 4,3% (n = 4) dos neonatos com pontuação CRIB entre 1 a 5, 87,1% (n = 121) que tiveram pontuação CRIB entre 6 a 10 e 100% (n = 14) dos neonatos com pontuação CRIB nível 11-15 (p <0,05), portanto, uma porcentagem de mortalidade significativamente maior foi observada entre os neonatos com maiores escores no CRIB diferente da pesquisa que esse índice apresentou aumento entre CRIB nível 6-10 com 45%¹⁰.

Marete e Otieno (2011) realizaram uma pesquisa no Hospital Nacional Kenyatta (KNH) com uma amostra total de 135 bebês com baixo peso ao nascer que foram acompanhados desde a admissão até a alta, 28^o dia de vida ou óbito, o que ocorrer primeiro. O peso ao nascer variou de 600 a 2.500 g, com mediana de 1600 g. A pontuação total do CRIB variou de 1-15, com mediana de 5,5. A idade gestacional variou de 26 a 38 semanas. A mortalidade total foi de 45,9%¹¹.

Ezz-Eldin et al., (2015) em pesquisa no hospital pediátrico terciário Kasr El-Aini, Cairo, Egito estudou através de uma coorte prospectivo 113 neonatos, admitidos nas primeiras 24 horas na UTIN de novembro de 2013 a maio de 2014, a idade gestacional variou de 25-32 semanas, o peso ao nascer variou de 700-1500 gm com média de 1134,5 (± 202). A pontuação do CRIB variou de 1-19 com média de 9,9 (± 4,0). A mortalidade total na coorte incluída foi de 34,5% (31/113), considerando o escore CRIB como ferramenta válida de avaliação de risco inicial, predizendo o resultado com mais precisão do que o peso ao nascer ou a idade gestacional isoladamente. É de fácil aplicação e deve substituir os modelos tradicionais como preditor de resultado neonatal¹².

O CRIB fornece um sistema de pontuação recalibrado e simplificado que evita os problemas potenciais de viés de tratamento precoce. Um método válido e simples de ajuste de risco para terapia intensiva neonatal é importante para garantir uma avaliação precisa da qualidade da atenção. Durante a realização do presente estudo foi constatado que o escore CRIB foi de fácil aplicação. Ele foi um escore prático, pois utilizou variáveis que faziam parte

da rotina de atendimento dos recém-nascidos prematuros, sendo sua obtenção efetuada rapidamente. Devido a sua simplicidade, o escore CRIB foi considerado também como sendo de fácil reprodução, não dando margem a erros de interpretação por subjetividade individual^{6,13}.

CONCLUSÃO

O escore médio do CRIB foi de 6,8 e variação de 1 a 14. Foram a óbito 29 recém-nascidos (46,7%).

A taxa de mortalidade foi observada com maior frequência em recém-nascidos com peso entre a 751g a 999 gramas, idade gestacional entre 22 a 28 semanas e escore CRIB acima de 6 a 10.

A taxa de sobrevida foi observada com maior frequência em recém-nascidos com peso entre 751g a 999 gramas, idade gestacional entre 22 a 28 semanas e escore CRIB acima de 0 a 5.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
2. Motlagh AJ. et al. Evaluation of Clinical Risk Index for Babies to Predict Mortality and Morbidity in Neonates Admitted to Neonatal Intensive Care Unit. *Electron J Gen Med*, 2020; 17(5).
3. Jašić M et al. CRIB II score versus gestational age and birth weight in preterm infant mortality prediction: who will win the bet? *Signa Vitae*, 2016;11(1):172-81.
4. Brito AS, Matsuo T, Gonzalez MR, de Carvalho AB, Ferrari LS. Escore CRIB, peso ao nascer e idade gestacional na avaliação do risco de mortalidade neonatal [CRIB score, birth weight and gestational age in neonatal mortality risk evaluation]. *Rev Saude Publica*. 2003 Oct;37(5):597-602.
5. The CRIB (clinical risk index for babies) score: a tool for assessing initial neonatal risk and comparing performance of neonatal intensive care units. The International Neonatal Network. *Lancet*. 1993 Jul 24;342(8865):193-8. Erratum in: *Lancet* 1993 Sep 4;342(8871):626.
6. Sarquis ALF, Miyaki M, Cat MNL. Aplicação do escore CRIB para avaliar o risco de mortalidade neonatal. *J. Pediatr. (Rio J)*, 2002;78(3):225-229.
7. Stomnaroska O, Danilovski D. The CRIB II (Clinical Risk Index for Babies II) Score in Prediction of Neonatal Mortality. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*. 2020 Dec 8;41(3):59-64.
8. Zardo MS, Procianny R S. Comparação entre diferentes escores de risco de mortalidade em unidade de tratamento intensivo neonatal. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(5):591-6.
9. Breuel PA, Segre CAM. Avaliação do índice de risco clínico em recém-nascidos de muito baixo peso em maternidade pública terciária da cidade de São Paulo. *Einstein*, 2007;5(4):326-332.
10. Najeeb S, Ejaz E, Raza MA, Sarwar S, Gillani S, Afridi RU, Ali H, Khan IM. Importance Of Clinical Risk Index For Babies Score For Predicting Mortality Among Neonates. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2020 Oct-Dec;32(4):502-506.
11. Marete IK, Wasunna AO, Otieno PA. Clinical risk index for babies (CRIB) II score as a predictor of neonatal mortality among low birth weight babies at Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J*. 2011 Jan;88(1):18-23.
12. Ezz-Eldin ZM, Hamid TA, Youssef MR, Nabil Hel-D. Clinical Risk Index for Babies (CRIB II) Scoring System in Prediction of Mortality in Premature Babies. *J Clin Diagn Res*. 2015 Jun;9(6):SC08-11.
13. Parry G, Tucker J, Tarnow-Mordi W; UK Neonatal Staffing Study Collaborative Group. CRIB II: an update of the clinical risk index for babies score. *Lancet*. 2003 May 24;361(9371):1789-91.

RELATO DE CASO

FECHAMENTO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO RELATO DE CASO

LEFT ATRIAL APPENDAGE CLOSURE CASE REPORT

DÉBORA FREIRE RIBEIRO ROCHA ¹, LEONARDO VELOSO DO AMARAL ¹, MAURÍCIO LOPES PRUDENTE ¹,
HENRIQUE LIMA GUIMARÃES ¹, FERNANDO HENRIQUE FERNANDES ¹, ADRIANO GONÇALVES DE ARAÚJO ¹,
JOÃO BATISTA MASSON SILVA ¹, GIULLIANO GARDENGHI ¹

RESUMO

Pessoas com fibrilação atrial (FA) tem um risco cinco vezes maior de sofrer um AVC do que as pessoas que não sofrem esse problema. O acidente vascular cerebral secundário à FA tem sido associado a taxas de mortalidade e de incapacidade permanente elevadas, portanto sua prevenção eficaz é importante. Métodos mecânicos para a oclusão do AAE foram desenvolvidos como alternativa à anticoagulação oral para pacientes com contraindicações ou complicações derivadas da anticoagulação. O caso é de um paciente do sexo masculino, de 86 anos, hipertenso e portador de FA que foi admitido em nosso serviço no dia 07/06/2020 com quadro de lipotímia, dispnéia e dor torácica associado a bradicardia (FC de 32 bpm) e ritmo de bloqueio atrioventricular total com FA, foi internado na UTI, passado um marcapasso provisório transvenoso, suspenso o atenolol e iniciado anticoagulação plena com enoxaparina. No entanto evoluiu com quadro de melena importante no dia 12/06/2020 com queda hematimétrica e necessidade de transfusão sanguínea, sendo suspensa a anticoagulação e realizada investigação com EDA e colonoscopia. Foi submetido a ecocardiograma transesofágico e estudo eletrofisiológico para avaliar cardioversão e ablação da FA. Foram realizadas duas tentativas de cardioversão elétrica sem sucesso. Paciente recebe alta hospitalar no dia 21/06/2020 em uso de Eliquis 5mg 2x ao dia associado a clopidogrel. Porém no dia 06/07/2020 evoluiu com hematoma contido em hemitórax direito retropeitoral, foi reduzido a dose do Eliquis® para 2,5mg 2x ao dia, paciente manteve persistência de hematoma sendo então suspenso o anticoagulante e programado o fechamento de AAE.

PALAVRAS-CHAVE: FIBRILAÇÃO ATRIAL, DOENÇA DAS CORONÁRIAS, ANTICOAGULANTES, APÊNDICE ATRIAL.

ABSTRACT

People with atrial fibrillation (AF) have five times greater risk of having a stroke than people who do not respond to this problem. Stroke secondary to AF has been associated with mortality rates and high permanent disability, since its effective prevention is important. Mechanical methods for the occlusion of the LAA have been developed as an alternative to oral anticoagulation for patients with contraindications or complications derived from anticoagulation. The case is a male patient, 86 years old, hypertensive and with AF who was admitted to our service on 06/07/2020 with a picture of lipothymia, dyspnea and chest pain associated with bradycardia (HR of 32bpm) and rhythm of total atrioventricular block with AF, he was admitted to the ICU, a transvenous transient pacemaker was passed, atenolol was suspended and full anticoagulation with enoxaparin was started. However, he developed an important melena condition on 12/06/2020 with a hematimetric fall and the need for blood transfusion, with anticoagulation and investigation with EDA and colonoscopy being suspended. He underwent a transesophageal echocardiogram and an electrophysiological study to assess cardioversion and AF ablation. Two protections from electrical cardioversion were performed without success. Patient is discharged from the hospital on 06/21/2020 using Eliquis 5mg twice a day associated with clopidogrel. However, on 06/07/2020, the patient evolved with a hematoma contained in a retropeitoral right hemithorax, a dose of Eliquis® was reduced to 2.5 mg twice a day, the patient maintained a persistent hematoma and the anticoagulant was then suspended and scheduled to close the LAA.

KEYWORDS: ATRIAL FIBRILLATION, CORONARY DISEASE, ANTICOAGULANTS, ATRIAL APPENDAGE.

1. Hospital ENCORE

ENDEREÇO

GIULLIANO GARDENGHI
Rua Gurupi, R. 109, 06/08 - S/N - Quadra 25 - Vila Brasília
Aparecida de Goiânia - GO, 74905-350
E-mail: ggardenghi@encore.com.br

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) apresenta prevalência em países desenvolvidos de 1% a 2,5%, sendo a quinta maior causa de morte no Brasil e a quinta maior causa de internação no SUS. E a incidência de AVC aumenta substancialmente com a idade, sendo atribuível à FA em cerca de 1,5% dos pacientes com idade < 60 anos e em mais de 20% dos pacientes com idade > 80 anos ^{1,2}.

Em pacientes com FA, a maior parte dos trombos forma-se no interior do apêndice esquerdo que, em presença de FA, reduz as velocidades do fluxo sanguíneo no seu interior, o que favorece a formação do coágulo. O apêndice atrial esquerdo (AAE) é uma estrutura que apresenta uma grande variabilidade anatômica, com possibilidade de ter pelo menos quatro morfologias diferentes que implicam riscos diferentes de trombose, mesmo após o ajuste por diversas covariáveis, como o escore de CHADSVASC ³.

Este cenário determinou a possibilidade de intervir sobre o AAE, visando eliminar o principal sítio de localização dos trombos. O fechamento do AAE como estratégia de profilaxia de eventos tromboembólicos em pacientes com FA tem sido realizado há décadas; inicialmente durante as cirurgias de correção de valvopatia mitral e, mais recentemente, em pacientes com FA não valvar com alto risco de embolia e que não toleram o uso de anticoagulantes orais ^{4,5}.

Considerando que mais de 90% dos trombos identificados nos portadores de FA não valvar se originam no AAE foram desenvolvidas diversas técnicas para ressecar ou excluir este apêndice da circulação: ressecção cirúrgica, isolamento com sutura direta ou fechamento com cliques (em pacientes que devem ser submetidos a uma cirurgia cardíaca concomitante) ou a exclusão através de dispositivos implantáveis por via endovascular ^{4,6}.

Existem vários dispositivos para a exclusão do apêndice com cateter: sistema PLAATO™ (o primeiro dispositivo desenvolvido), Amplatzer™ cardiac plug, WATCHMAN™, ACP/AMULET™, sistema Wavecrest™, LAMBRE™. Eles são implantados por punção venosa e abordagem do átrio esquerdo pela via transeptal, controlado com ecocardiograma transesofágico (ETE). Antes do implante, é necessário conhecer a anatomia do apêndice, o que se consegue com uma ressonância magnética (RMN) ou tomografia multicorte (TC) para decidir se o paciente é candidato ao procedimento e assim escolher o tipo e o tamanho do dispositivo ⁷.

Nos pacientes que não toleram o uso crônico de anticoagulantes orais, a oclusão do AAE mediante a colocação de uma prótese por via percutânea tem se mostrado uma estratégia interessante para prevenção de AVCi, e já foi avaliada por vários estudos clínicos observacionais e randomizados ⁸.

O objetivo desse estudo é relatar um caso de fechamento percutâneo de AAE em paciente portador de FA e doença coronariana com contraindicação a anticoagula-

ção plena.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia aprovou este estudo (CAAE: 94882318.7.0000.0033).

RELATO DO CASO

Paciente 86 anos, sexo masculino, hipertenso, ex-tabagista com carga tabágica de 40 maços/ano (parou há 34 anos), etilista (uso diário de uma a duas doses de destilados), história prévia de neoplasia de próstata tratada com radioterapia há 4 anos que complicou com retite e proctite actínia, doença pulmonar obstrutiva (DPOC) e FA com CHA2DS2VASc igual a 3 e HAS BLED igual a 1. Deu entrada no pronto socorro do nosso serviço no dia 07/06/2020 com quadro de lipotimia, dispneia e dor torácica, apresentando na ocasião frequência cardíaca de 32bpm e ritmo de bloqueio atrioventricular total (BAVT) associado a FA, foi internado na UTI, passado um marcapasso provisório transvenoso, suspenso o atenolol e iniciado anticoagulação plena com enoxaparina. Paciente evoluiu com resposta ventricular adequada após a suspensão do beta bloqueador sendo então retirado o marcapasso provisório, foi realizado cateterismo cardíaco no dia 10/06/2020 que evidenciou doença arterial coronariana com lesão severa de 80 % na origem de coronária direita e lesão de 50% no terço médio de artéria circunflexa (Figuras 1A e 1B). Paciente evoluiu com quadro de melena importante no dia 12/06/2020 com queda hematimétrica e necessidade de transfusão sanguínea, foi suspenso a anticoagulação e suspensa a programação de angioplastia da coronária direita. Realizou endoscopia digestiva alta no dia 16/06/2020 sem sinais de sangramentos e como o paciente já tinha realizado colonoscopia há menos de um ano e sem alterações, foi optado por não realizar nova colonoscopia. Foi realizado ETE (Figura 2A) e posterior estudo eletrofisiológico (EEF) no dia 19/06/2020 para avaliar possibilidade de cardioversão e ablação da FA e medir o HV para avaliar necessidade de marcapasso (apresentou HV de 38, dentro da faixa de normalidade). O ecocardiograma não demonstrou presença de trombos e vegetações, realizadas duas tentativas de cardioversão elétrica durante o EEF mas sem sucesso, com o paciente permanecendo em ritmo de FA. Recebe alta hospitalar no dia 21/06/2020 em uso de Eliquis 5mg 2x ao dia associado a clopidogrel. Paciente evoluiu no dia 06/07/2020 com hematoma contido em hemitórax direito retropeitoral, foi reduzido a dose de Eliquis para 2,5mg 2x ao dia, paciente manteve persistência de hematoma sendo então suspenso o anticoagulante e programado o fechamento de AAE. No dia 07/08/2020 o paciente foi submetido a cineangiocoronariografia (Figura 2B) com cateterismo direito esquerdo seguido de fechamento percutâneo de AAE por prótese LAMBRE™ 32 x 26 mm (Figuras 3A e 3B), guiado por ETE 3D (Figuras 4A, 4B e 4C), sem shunt residual e sem intercorrências clínicas ou angiográficas, para realização do procedimento foi realiza-

do intubação orotraqueal e anestesia geral com sevoflurano, sendo extubado ainda no centro cirúrgico. Recebeu alta hospitalar no dia 09/08/2020 assintomático, foi prescrito Eliquis 2,5mg até o retorno com cardiologista assistente. No retorno ambulatorial do dia 02/10/2020 paciente apresentando eritema conjuntival, foi então suspenso o Eliquis e iniciado dupla antiagregação plaquetária com AAS e Clopidogrel. O paciente evolui com sangramento intestinal sendo então suspenso o AAS e mantido somente o clopidogrel e suspensa também a nova programação de angioplastia.



Figura 4 - Imagens ao ecocardiograma (ECO). A - Pré procedimento de fechamento do apêndice atrial esquerdo (AAE) ao ECO 2D; B - ECO 2D pós procedimento de fechamento do AAE; C - ECO 3D pós procedimento de fechamento do AAE.

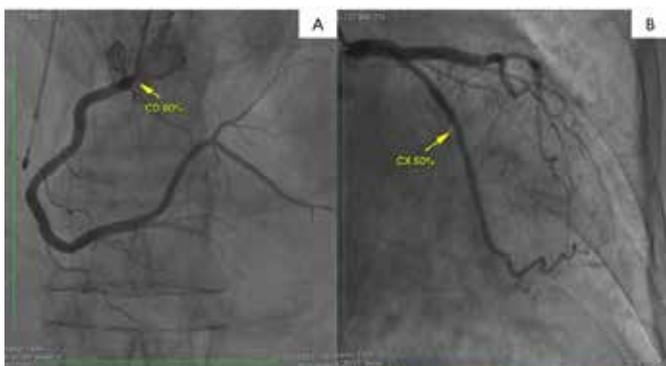


Figura 1 - Cineangiogramia de 10/06/2020. A - Artéria coronária direita (CD); B - Artéria circunflexa (CX).



Figura 2 - Visualização do apêndice atrial esquerdo (AAE). A - Ao ecocardiograma 2D; B - Na cineangiogramia.



Figura 3 - Implante da prótese. A - Prótese LAAmbre™32x26 mm; B - Resultado Final do fechamento percutâneo do apêndice atrial esquerdo (AAE)

DISCUSSÃO

Os agentes ACO continuam como a principal opção terapêutica na prevenção de fenômenos embólicos em pacientes com FA. No entanto, a utilização dos anticoagulantes oferece riscos significativos. Os mais temidos são a ocorrência de AVC hemorrágico e outras hemorragias potencialmente graves, como o sangramento gastrointestinal⁹.

Mesmo para os anticoagulantes orais diretos (DOACs) a necessidade de suspensão, em função de efeitos colaterais e eventos hemorrágicos, chega a 25% nos grandes estudos recentemente realizados. Tais limitações terapêuticas, associadas à gravidade dos eventos embólicos relacionados à FA, motivaram o desenvolvimento de novas estratégias com o objetivo de reduzir a taxa de fenômenos tromboembólicos. Dessa forma, a oclusão do AAE surgiu como uma importante alternativa terapêutica⁹.

As II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial recomendam a oclusão percutânea do AAE para pacientes com alto risco para fenômenos tromboembólicos e contraindicação para o uso de ACO (Classe IIa Nível de Evidência B)⁹.

Na última década, diversos dispositivos para oclusão percutânea foram desenvolvidos. Cada sistema possui características próprias, porém o método de implante é semelhante para todos eles. Esses dispositivos são liberados por meio de uma técnica que utiliza acesso vascular venoso e punção transeptal, geralmente sob orientação de ecocardiograma transesofágico e/ou intracardiaco. Atualmente, existem duas formas de abordagem para ocluir o AAE por via percutânea. A primeira estratégia utiliza dispositivos que são inseridos no AAE com o objetivo de ocluí-lo em sua face endocárdica. A outra utiliza uma técnica de ligadura percutânea epicárdica, destinada a excluir externamente o AAE⁹.

Existem dois dispositivos com maior número de casos efetuados ao redor do mundo, ambos de implantação totalmente percutânea. O WATCHMAN™ (Boston Scientific) e o Amplatzer™ (St. Jude Medical).

No estudo randomizado PROTECT-AF, 707 pacientes com CHADS-VASC score ≥ 1 foram randomizados 2:1 para oclusão do AAE com Watchman (n=463) ou Warfarina (n=244). Pacientes tratados com Watchman foram mantidos em anticoagulação com Warfarina após o procedimento e reavaliados com Ecocardiograma transesofágico após 45 dias. Se a oclusão do apêndice estivesse satisfa-

tória (prótese bem locada, sem fluxo/leak de sangue para o interior do AAE), a anticoagulação era suspensa e trocada por Aspirina ad eternum. O endpoint primário foi a combinação de AVC, morte cardiovascular ou inexplicada, e embolização sistêmica. O tempo médio de seguimento foi de 18 meses. O estudo mostrou não-inferioridade da oclusão do AAE contra a Warfarina. No entanto, a incidência de complicações relacionadas ao procedimento foi preocupante (particularmente a taxa de 5,2% de efusão pericárdica com necessidade de intervenção) ¹⁰.

O PREVAIL trial incluiu 407 pacientes com FA e CHADS-VASC score médio mais elevado (3,8 e 3,9 nos grupos de intervenção e Warfarina, respectivamente) que foram randomizados para oclusão do AAE com Watchman (n=269) versus Warfarina (n=138). Este estudo falhou em demonstrar não-inferioridade do Watchman versus Warfarina na prevenção do desfecho primário (combinação de AVC, morte cardiovascular ou inexplicada, ou embolização sistêmica), isto devido basicamente a uma incidência de eventos muito abaixo do esperado no grupo Warfarina. Os resultados em valor absoluto foram muito semelhantes mas não atingiram o p de não-inferioridade (6,4% no grupo do dispositivo versus 6,3% no grupo controle – RR: 1,07 [95% IC: 0,57 a 1,89]) ¹¹.

O ASAP trial foi um estudo não-randomizado realizado para testar a segurança do dispositivo Watchman e a eficácia em reduzir o mesmo desfecho combinado do PROTECT-AF e do PREVAIL em pacientes com este perfil de mais alto risco. Foram incluídos 150 pacientes com FA não valvar, com CHADS-VASC elevado (média: 4,4) e com contraindicação para anticoagulação oral (maior parte por passado de sangramento grave), submetidos a implante do Watchman e mantidos apenas com DAPT por 6 meses depois do implante, e AAS ad eternum após os 6 meses iniciais. Após uma média de 14 meses, a incidência de AVC isquêmico e hemorrágico foi de 1,7% e 0,6%, respectivamente. A taxa de AVC isquêmico foi muito abaixo da esperada para a coorte (7,3%) ¹².

O LAmbré™ (LifeTech Scientific, Shenzhen, China) é um dispositivo novo, desenvolvido especialmente para se adaptar às diferentes variações anatômicas do AAE e facilitar seu implante. É um dispositivo autoexpansível de nitinol e poliéster, composto por duas partes: o Umbrella, que possui oito pequenos ganchos distais que engatam na parede do AAE e oito terminações em forma de “U”, que ficam presas na parte trabecular do AAE (estabilização dupla); e o disco que tampa o óstio do AAE. Estudos têm demonstrado que este dispositivo é eficaz na prevenção de eventos cardioembólicos e apresenta altas taxas de sucesso no implante, com raros casos de embolizações ¹³.

Em estudo randomizado realizado na China, que incluiu 152 pacientes com FA não valvar que realizaram a oclusão do AAE com o dispositivo LAmbré™, demonstrou-se em um acompanhamento de um ano incidência de AVC de 1,97%, enquanto o risco estimado com base no escore CHA2 DS2 -VASC era de 5,2%. A taxa de sucesso

do procedimento foi de 99,4%, com baixo índice de complicações e nenhum caso de embolização do dispositivo foi relatado ¹⁴.

CONCLUSÃO

A oclusão percutânea do AAE é tecnicamente viável na maioria dos pacientes, porém são cruciais a adequada seleção dos pacientes, a execução por operadores treinados e a utilização da ecocardiografia durante e após o procedimento, visando minimizar complicações e/ou tratá-las de imediato. As taxas de complicações do procedimento devem ser pesadas em relação aos riscos, desconfortos e limitações associados à exposição contínua e ininterrupta à ACO para avaliar a indicação da oclusão do AAE. Tal procedimento mostrou-se efetivo na população com FA de alto risco por reduzir significativamente a taxa anual de AVC e de sangramento em comparação às taxas previstas pelos escores CHA2DS2-VASc e HAS-BLED.

REFERÊNCIAS

- Verhoeft T, Redekop WR, Daly AK, Van Schie RMF, Boer A, Zee AM. Pharmacogenetic-guided dosing of coumarin anticoagulants: algorithms for warfarin, acenocoumarol and phenprocoumon. *Br J Clin Pharmacol* 2014; 77(4):626-41.
- Quizhpe AR, Cadavid AF, Córdova MA, Vintimilla J, Ortega C, Vázquez X, González MF, Salto E, Astudillo A, Córdova D. Oclusão do Apêndice Atrial Esquerdo com Prótese Watchman®. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2014; 22(1):56-63.
- Taser CD & Rosende A. Dispositivos de exclusão do apêndice atrial esquerdo em pacientes com fibrilação atrial não valvular: uma visão a partir da cardiologia clínica. *Sociedad Latinoamericana de Cardiologia Interaccionista* 2014; 95:17-19.
- Chamié F, Guérios E, Fuks V, Bösigler A, Carvalho M, Araujo JOQ. Oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo com AMPLATZER® Cardiac Plug para prevenção de fenômenos tromboembólicos na fibrilação atrial crônica. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2015;23(3):177-182.
- Pisani CF & Scanavacca M. Oclusão Percutânea do Apêndice Atrial Esquerdo: Experiência Clínica Crescente e Carência de Estudos Clínicos Multicêntricos e Randomizados. *Arq Bras Cardiol* 2019; 113(4):722-724.
- Montenegro MC, Quintella EF, Damonte A, Sabino HC, Zajdenverg R, Laufer GP, Amorim B, Estrada APD, Armas CPY, Sterque A. Oclusão Percutânea do Apêndice Atrial Esquerdo com o Amplatzer Cardiac Plug™ na Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(2):143-150.
- Wang Y, Di Biase L, Natale A, Horton RP, Nguyen T, Morhanty P. Left atrial appendage studied by computed tomography to help planning for appendage closure device placement. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2010; 21:973-982.
- Nunes GF. Dispositivos para oclusão do apêndice atrial esquerdo: há evidências que sustentam sua utilização? *Relampa* 2017; 30(2):41-2.
- Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyoshi RR, Teixeira RA, Lorga Filho AM, D'Avila A, de Paola AAV, Kalil CA, Moreira DAR, Sobral Filho DC, Sternick EB, Darrieux FCC, Fenelon G, Lima GG, Atié J, Mateos JCP, Moreira JM, Vasconcelos JTM, Zimmerman LI, Silva LRL, Silva MA, Scanavacca MI, Souza OF. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 106(4Supl.2):1-22.
- Holmes DR, Reddy V, Sick P et al. Percutaneous closure of the left atrial appendage versus warfarin therapy for prevention of stroke in patients with atrial fibrillation: a randomised non-inferiority trial. *The PROTECT AF trial*. *Lancet* 2009; 374:534-42.
- Holmes DR, Kar S, Price MJ, Whisenant B, Sievert H, Doshi SK, Huber K, Reddy VY. Prospective Randomized Evaluation of the Watchman Left Atrial Appendage Closure Device in Patients With Atrial Fibrillation Versus Long-Term Warfarin Therapy (The PREVAIL Trial). *JACC* 2014; 64:1-12.
- Reddy V, Möbius-Winkler S, Miller M A, Neuzil P, Schuler G, Wiebe J, Sick P, Sievert H. Left Atrial Appendage Closure With the Watchman Device in Patients With a Contraindication for Oral Anticoagulation (The ASAP Study). *J Am Coll Cardiol* 2013; 61(25):2551-6.
- Torres RF, Silva GB, Torres RA, Balbi Filho EM, Marques GL, Chamié F.

Oclusão percutânea complexa do apêndice atrial esquerdo com o dispositivo LAmbre™ em paciente com antecedente de correção cirúrgica de comunicação interatrial. *J Transcat Interven* 2019; 27:1-5.

14. Huang H, Liu Y, Xu Y, Wang Z, Li Y, Cao K, et al. Percutaneous Left Atrial Appendage Closure With the LAmbre Device for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation: A Prospective, Multicenter Clinical Study. *JACC Cardiovasc Interv* 2017; 10(21):2188-94.

RELATO DE CASO

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR SÍNDROME DE WILKIE: RELATO DE DOIS CASOS

SUPERIOR MESENTERIC ARTERY SYNDROME WILKIE SYNDROME: REPORT OF TWO CASES

RÔMULO MENDES SILVA ¹, LOHANA MENDONÇA LINHARES ², NATÁLLIA ROSA EDUARDO ²,
ISABELA COUTO MENDONÇA ¹, RAPHAEL SALES NOGUEIRA AMORIM CANEDO ¹

ABSTRACT

Introduction: Superior Mesenteric Artery Syndrome / Wilkie Syndrome is characterized by the compression of the third portion of the duodenum, due to the reduction of the aorta angulation with the superior mesenteric artery. A rare disease, with few cases described in the medical literature. Case 01: A 13-year-old male patient, diagnosed with Diamond-Blackfan Anemia and with acute intestinal occlusion for 2 days with previous recurrent episodes of intestinal occlusion. CT showing gastrectasis and dilation of slender loops up to the third portion of the duodenum. Case 02: 18-year-old female patient, without previous comorbidities, with high intestinal obstruction for 7 days, with CT showing duodenal obstruction and reduction of aorto-mesenteric angulation. Discussion: The most prevalent age group occurs between 18 and 35 years. Associated with mainly weight loss and Cast Syndrome. The diagnosis is given by clinical suspicion followed by imaging tests such as upper gastrointestinal tract radiography and contrast abdominal CT. Treatment may be conservative with weight gain or surgical measures, the duodenojejunoanastomosis is the technique of choice. Diamond-Blackfan anemia despite being related to staturo-ponderal alterations no association was identified in the medical literature with Wilkie Syndrome. Conclusion: Differential diagnosis should be made in young patients with repetitive vomiting. Upper Gastrointestinal Endoscopy may delay the diagnosis.

**PALAVRAS CHAVE: SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR; SÍNDROME DE WILKIE;
ANEMIA DE BLACKFAN-DIAMOND.**

ABSTRACT

Introduction: Superior Mesenteric Artery Syndrome / Wilkie Syndrome is characterized by the compression of the third portion of the duodenum, due to the reduction of the aorta angulation with the superior mesenteric artery. A rare disease, with few cases described in the medical literature. Case 01: A 13-year-old male patient, diagnosed with Blackfan-Diamond Anemia and with acute intestinal occlusion for 2 days with previous recurrent episodes of intestinal occlusion. CT showing gastrectasis and dilation of slender loops up to the third portion of the duodenum. Case 02: 18-year-old female patient, without previous comorbidities, with high intestinal obstruction for 7 days, with CT showing duodenal obstruction and reduction of aorto-mesenteric angulation. Discussion: The most prevalent age group occurs between 18 and 35 years. Associated with mainly weight loss and Cast Syndrome. The diagnosis is given by clinical suspicion followed by imaging tests such as upper gastrointestinal tract radiography and contrast abdominal CT. Treatment may be conservative with weight gain or surgical measures, the duodenojejunoanastomosis is the technique of choice. Blackfan-Diamond anemia despite being related to staturo-ponderal alterations no association was identified in the medical literature with Wilkie Syndrome. Conclusion: Differential diagnosis should be made in young patients with repetitive vomiting. Upper Gastrointestinal Endoscopy may delay the diagnosis.

**KEYWORDS: UPPER MESENTERIC ARTERY SYNDROME; WILKIE SYNDROME; BLACKFAN-
DIAMOND ANEMIA. ATRIAL APPENDAGE.**

1. Hospital de Urgências de Goiânia
2. Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN)

ENDEREÇO

RÔMULO MENDES SILVA
Endereço: Avenida Rio Branco, Qd-144 Lt-03 Setor Jaó
Goiânia -GO CEP: 74674-100
e-mail: dr.romulomendes@outlook.com

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (SAMS) foi descrita em 1842 por Rokitansky. Wilkie, em 1927, realizou uma revisão contendo 75 casos, sendo a partir daí conhecida por seu nome, Síndrome de Wilkie.^{1,2}

Caracteriza-se pela compressão da terceira porção do duodeno, devido a redução da angulação da aorta com a artéria mesentérica superior (AMS).^{1,2,3} Em indivíduos normais, a distância entre aorta e AMS é de cerca de 10-34 mm com um ângulo de 28-65°. Na Síndrome de Wilkie, essa distância costuma ser inferior a 8 mm e a angulação menor que 25°. ^{3,4,5}

Nesta série de casos, são relatados dois casos clínicos de pacientes jovens com diagnóstico de SAMS, sendo um deles portador de Anemia de Blackfan-Diamond (ABD) e outro de uma paciente jovem sem comorbidades conhecidas, ressaltando suas características clínicas e seu tratamento. É uma enfermidade rara, com pouco mais de 500 casos descritos na literatura médica. ^{2,6,7}

CASO 01

Paciente S.F.S, sexo masculino, 13 anos foi atendido no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) em fevereiro de 2017 com quadro sugestivo de oclusão intestinal aguda há cerca de 2 dias. Paciente referia início do quadro com episódios recorrentes e não quantificados de vômitos precedidos de náuseas e dores abdominais difusas mal localizadas tipo cólica. Refere que desde então apresentou parada da eliminação de gases e fezes e aumento progressivo de volume abdominal.

Paciente se apresentava em bom estado geral, orientado, escala de coma de Glasgow 15. Ruídos hidroaéreos abdominais inaudíveis, abdome levemente distendido, com dor difusa à palpação abdominal, sem vísceras palpáveis ao exame físico, sem sinais de irritação peritoneal.

Relatou que ao longo dos últimos 12 meses havia apresentado episódios recorrentes de vômitos e parada da eliminação de gases e fezes com duração inferior a 2 dias, com resolução espontânea em uso de escopolamina, sem orientação médica. Foi submetido à endoscopia digestiva (EDA) que não evidenciou alterações. Refere também que, no mesmo período, apresentou crescimento estatural de 10 cm (altura atual de 165 cm) mantendo o mesmo peso corporal de 45 kg, o que representa uma redução do Índice de Massa Corporal de 18,7 para 16,5.

Refere diagnóstico de Anemia de Blackfan-Diamond, diagnosticada aos 3 meses de idade, em acompanhamento em serviço de Hematologia da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. Relatou que, desde o diagnóstico, foi submetido a diversas transfusões sanguíneas não quantificadas e uso contínuo de corticoide até os 8 anos de idade. Relatou ainda que foi submetido a um procedimento cirúrgico aos 7 meses de idade em Belém -PA, para tratamento de refluxo gastroesofágico. Negou outras comorbidades e procedimentos cirúrgicos.

Foi submetido à Tomografia Computadorizada (TC) de abdome que evidenciou gastrectasia e dilatação de alças de delgado até a terceira porção de duodeno, sem passagem líquida após essa área e à endoscopia digestiva alta, evidenciando megaduodeno sem fator obstrutivo evidente.



Imagem 1 - TC de abdome corte coronal evidenciando gastrectasia.

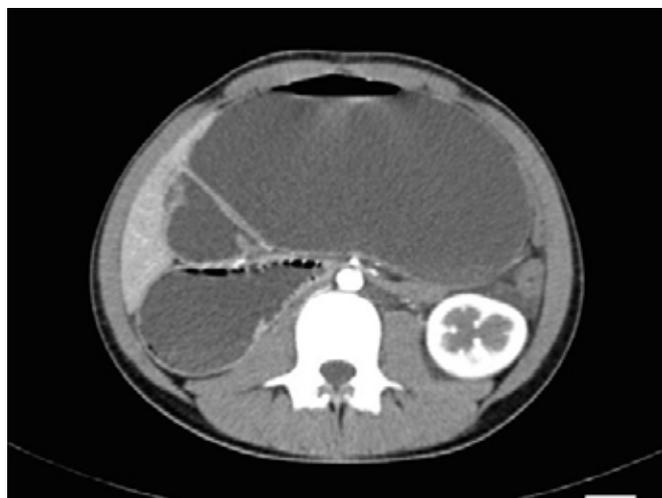


Imagem 2 - TC abdominal corte axial evidenciando dilatação gástrica e duodenal com ponto de compressão duodenal entre aorta e artéria mesentérica superior.

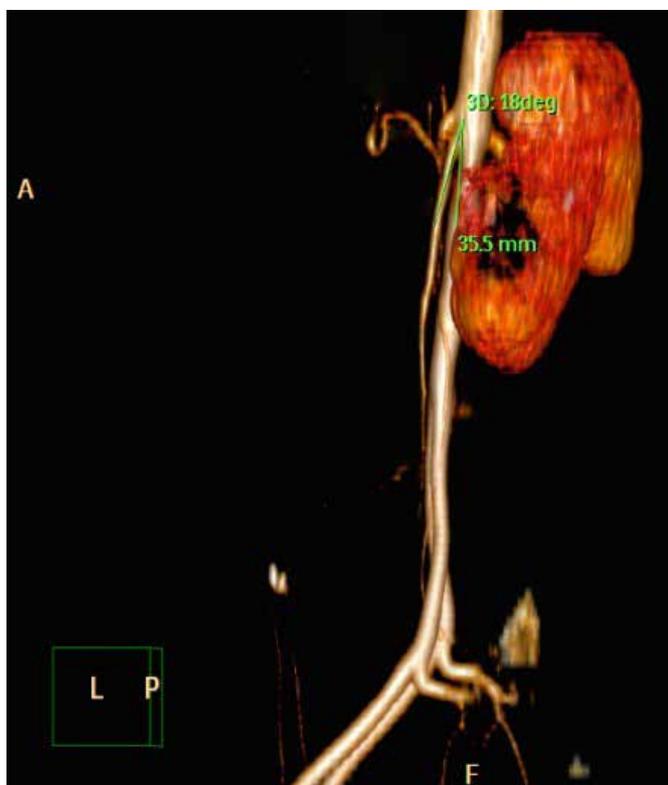


Imagem 3 - TC corte sargital em 3D evidenciando angulação aorto-mesentérica de aproximadamente 180.

Com base nos achados clínicos e de imagem foi aventada a hipótese diagnóstica de Síndrome de Wilkie.

Foi inicialmente tratado com a passagem de sonda nasogástrica, apresentando melhora parcial do quadro de distensão abdominal e das dores abdominais. Além do uso de antieméticos, analgésicos, anticolinérgicos, bloqueadores H2, e hidratação venosa.

Paciente permaneceu sem evacuações e eliminações de gases, sem novos episódios de vômitos por 72 horas. Foi indicado tratamento cirúrgico, sendo realizado duodenojejunoanastomose.

Paciente evoluiu bem no pós operatório, foi introduzida dieta via oral no primeiro dia pós operatório com boa aceitação e evolução progressiva da consistência alimentar. Recebeu alta hospitalar no quarto dia pós operatório com eliminações fisiológicas presente e assintomático.

CASO 02

Paciente A.C.M.L, sexo feminino, 18 anos, foi atendida no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) em março de 2019 com quadro de vômitos e náuseas recorrentes há cerca de 7 dias. Apresentou piora progressiva do quadro com dores abdominais no andar superior do abdome, mal estar e astenia. Queixou parada da eliminação de gases e fezes há 3 dias.

Relatou que ao longo dos últimos 3 anos havia apre-

sentado episódios recorrentes de náuseas, vômitos, plenitude gástrica e mal estar, com melhora parcial do quadro após indução dos vômitos e com o uso de antieméticos sem orientação médica.

Refere que o início dos sintomas, há 3 anos, coincide com estirão de crescimento e com episódios de depressão, associados a evento estressor na adolescência, relatando perda acentuada do peso corporal. Negou outras comorbidades e procedimentos cirúrgicos.

Ao exame físico, paciente se apresentava desidratada, emagrecida, escala de coma de Glasgow 15. O abdome estava flácido, sem sinais de irritação peritoneal, com dor à palpação profunda do andar superior do abdome. IMC de 18,07 kg/m². Os exames laboratoriais evidenciaram leucócitos de 12000/μL, plaquetas de 250000 μL, hemoglobina de 13,9 g/dL, amilase de 89 U/L, sem outras alterações laboratoriais evidentes.

A paciente foi submetida à Tomografia Computadorizada de abdome que evidenciou gastrectasia moderada e ponto de oclusão em terceira porção do duodeno. A fase arterial do exame de imagem mostrou redução da angulação entre a artéria mesentérica superior e a aorta (11,85°) causando a obstrução duodenal. Não foi identificado outros fatores obstrutivos. Foi feito o diagnóstico de SAMS.



Imagem 4 - TC de abdome fase arterial, em corte sargital, evidenciando emergência de artéria mesentérica superior da aorta abdominal, com redução angulação entre os dois vasos.

A paciente foi admitida em internação hospitalar onde foi realizada passagem de sonda nasogástrica para decompressão, corrigido os distúrbios hidroeletrólíticos eventualmente identificados, apresentando melhora do

quadro de distensão abdominal, das dores abdominais, náuseas e vômitos. Foi retirada a sonda nasogástrica após 24 horas e introduzido dieta líquida restrita. Após 12 horas do início da dieta, apresentou novos episódio de vômitos. Foi indicado tratamento cirúrgico, sendo realizado duodenojejunostomose.

Paciente evoluiu bem no pós operatório, com aceitação da dieta líquida restrita após 24h da cirurgia. Tolerou bem a progressão da dieta nos dias subsequentes, recebendo alta no 5o dia de pós operatório, sem complicações. Mantido seguimento contínuo ambulatorial com equipe de cirurgia geral.

DISCUSSÃO

Nestes relatos descreve-se o caso de um paciente de 13 anos e uma paciente de 18 anos, com o diagnóstico de SAMS, sendo que a faixa etária de maior prevalência de tal acometimento ocorre entre 18 e 35 anos. Mulheres são mais comumente afetadas.^{8,9}

A história de perda de tecido adiposo intra-abdominal tem importante correlação com a Síndrome de Wilkie, o que correlaciona-se com os casos apresentados. Pode estar associada também à uma série de condições médicas tais como síndrome de má absorção, distúrbios alimentares e cirurgias bariátricas.^{8,9,10} Outras condições associadas são a Síndrome Cast (por imobilização gessada ortopédica de tronco e abdômen), úlcera péptica, espessamento inflamatório do retroperitônio pós pancreatite, enterite regional e esclerodermia.^{10,11}

No caso 01, o paciente possuía como patologia pregressa a Anemia de Blackfan-Diamond, que consiste em uma aplasia congênita pura da linhagem eritroide. É uma doença rara, com incidência de 4-7/105 nascidos vivos.^{12,13} Pode se manifestar como uma anemia grave e pode apresentar, em até 25% das vezes, má formações congênitas, especialmente craniofaciais e de membros inferiores. As manifestações mais comuns estão relacionadas com a anemia, sendo principalmente a palidez e a má evolução estatura-ponderal.^{12,14,15,16} A associação entre ABD e SAMS apesar de não ter sido identificada em relatos médicos prévios, são dois acometimento raros diagnosticados no mesmo paciente. No caso 02, a paciente não relatou comorbidades prévias.

As manifestações clínicas da SAMS são variáveis, sendo que vômito e dores epigástricas são as manifestações mais comuns. Plenitude pós prandial, saciedade precoce e anorexia são outras manifestações encontradas. Posições antálgicas podem ser assumidas como a genupeitoral e o decúbito lateral esquerdo.^{7,8,17,18}

O diagnóstico foi estabelecido com criteriosa análise clínica e em geral consiste em um diagnóstico de exclusão de outras anormalidades do trato gastrointestinal. A radiografia contrastada de estômago e duodeno (REED) é um dos exames de imagem que podem ser solicitado, que evidenciaria dilatação da 1ª e 2ª porções do duodeno

com término abrupto das dilatações com ou sem dilatações gástricas, sugerindo uma compressão extrínseca.^{4,5,7,19} A ecografia abdominal pode ser empregada na avaliação anatômica do ângulo aorto-mesentérico. A tomografia computadorizada com contraste tornou-se o exame de escolha em decorrência de ser não invasivo e fornecer informações detalhadas da anatomia, nível de obstrução e posição da AMS e seu ângulo com aorta.^{6,7,19} A EDA tem pouco valor diagnóstico.^{4,8,20}

O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico dependendo da intensidade dos sintomas e evolução clínica. O tratamento conservador é baseado na descompressão com aspiração gástrica e no suporte nutricional para favorecer o ganho ponderal e aumento de gordura mesentérica, contribuindo para desobstrução. Tal suporte pode se dar por alimentação via sonda nasoenteral ultrapassando o local da obstrução, ou via parenteral total.^{1,4,9,20} Além disso, correção de distúrbios hidroeletrólíticos deve ser considerada e medidas posicionais como decúbito lateral esquerdo e posição genupeitoral podem ser adotadas para estabelecimento de uma maior amplitude do ângulo aorto-mesentérico.^{6,7,11,17}

A abordagem cirúrgica pode se dar pelo procedimento de Strong, que consiste na divisão do ligamento de Treitz, pela gastrojejunostomia e pela duodenojejunostomia.^{3,4,7,20} Essa última foi descrita em 1908 por Stavely, sendo atualmente considerada a técnica de escolha por apresentar resultados superiores às demais.^{3,4,11} Nos casos relatados, optou-se por essa técnica para o tratamento da doença.

CONCLUSÃO

A Síndrome de Wilkie é uma rara causa de obstrução intestinal que acomete principalmente adultos jovens com história de perda ponderal e de sintomatologia pouco específica. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial de vômitos recorrentes sobretudo em indivíduos jovens.

O diagnóstico deve ser confirmado por exames de imagem como REED e Tomografia Computadorizada. A duodenojejunostomia é o tratamento cirúrgico de escolha nos casos refratários às medidas clínicas.

Não foram encontrados relatos na literatura de associação entre ABD com a SAMS até então.

REFERÊNCIAS

- 1 - Gerasimidis T, George F. Superior Mesenteric Artery Syndrome. Dig Surg 2009;26:213-214
- 2 - Rocha V, Lebre R, Ferreira AP, Cardoso A, Augusto A. Síndrome da Artéria Mesentérica Superior. A propósito de dois Casos Clínicos. Acta Médica Portuguesa 1993; 6: 47-50.
- 3 - Silva E, Ribeiro C, Guerreiro S, Domínguez A. Síndrome de Wilkie - a propósito de um caso clínico. Revista Portuguesa de Cirurgia 2016; 37: 25-28.
- 4 - Desai MH, Gall A, Khoo M. Superior mesenteric artery syndrome - A rare presentation and challenge in spinal cord injury rehabilitation: A case report and literature review. The Journal of Spinal Cord Medicine 2014; 0: 1-4.
- 5 - Kaiser GC, McKain JM, Shumacker JB Jr. The superior mesenteric artery syndrome. Surg Gynecol Obstet. 1960 Feb;110:133-40.
- 6 - Stephens GL. The superior mesenteric artery syndrome. J Ky Med Assoc.

- 1962 Feb;60:141-5.
- 7 - Kogawa K, Kusama Y. Superior mesenteric artery syndrome in a healthy adolescent. *BMJ Case Rep.* 2017 Jun 20;2017.
 - 8 - Kefeli A, Akturk A, Yeniova AO, Basyigit S. Superior Mesenteric artery syndrome. *Turk J Gastroenterol* 2016; 27: 85-86.
 - 9 - Merrett ND, Wilson RB, Cosman P, Biankin AV. Superior Mesenteric Artery Syndrome: Diagnosis and Treatment Strategies. *J Gastrointest Surg* 2009; 13:287–292.
 - 10 - Shiu JR, Chao HC, Luo CC et al. Clinical and Nutritional Outcomes in Children With Idiopathic Superior Mesenteric Artery Syndrome. *JPGN* 2010;51: 177-182.
 - 11 - Unal B, Aktas A, Kemal G, Bilgili Y, Güliter S, Daphan C, et al. Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings. *Diagn Interv Radiol* 2005; 11:90-95.
 - 12 - Willig TN, Gazda H, Sieff CA. Diamond-Blackfan anemia. *Curr Opin Hematol* 2000; 7: 85-94.
 - 13 - Campagnoli MF, Garrelli E, Quarello P, Carando A, Varotto S, Nobili B et al. Molecular basis of Diamond-Blackfan anemia: new findings from the Italian registry and a review of the literature. *Haematologica* 2004;89:480-9.
 - 14 - Alter BP, Young NS. The bone marrow failure syndromes. In *Haematology of Infancy and Childhood*. 6th ed. Edited by Nathan DG, Orkin HS. Philadelphia: WB Saunders; 2003;318-47.
 - 15 - Da Costa L, Willig TN, Fixler J, Mohands N, Tchernia G. Diamond-Blackfan anemia. *Curr Opin Pediatr* 2001;13:10-15.
 - 16 - Stockman JA, Oski FA. Red blood cell values in low birth weight infants during the first seven weeks of life. *Am J Dis Child* 1980;134: 945-6.
 - 17 - Grauer FW. Duodenal ileus (Wilkie's syndrome) arterio-mesenteric ileus. *Bull Vanc Med Assoc.* 1948 Jan;24(4):116-8.
 - 18 - Albano MN, Costa Almeida C, Louro JM, Martinez G. Increase body weight to treat superior mesenteric artery syndrome. *BMJ Case Rep.* 2017 Jun 2;2017.
 - 19 - Ruiz Padilla FJ, Mostazo Torres J, Vílchez Jaimez M. Significant gastric distension caused by superior mesenteric artery syndrome or Wilkie's syndrome. *Gastroenterol Hepatol.* 2017 Apr 20.
 - 20 - Salem A, Al Ozaibi L, Nassif SMM, Osman RAGS, Al Abed NM, Badri FM. Superior mesenteric artery syndrome: A diagnosis to be kept in mind (Case report and literature review). *Int J Surg Case Rep.* 2017;34:84-86.

RELATO DE CASO

UVEÍTE INTERMEDIÁRIA SECUNDÁRIA À COVID-19: UM RELATO DE CASO

INTERMEDIATE UVEITIS SECONDARY TO COVID-19 INFECTION: A CASE REPORT

VINICIUS STIVAL VENEZIANO SOBRINHO^{1,2}; AUGUSTO PEREIRA^{1,3}, FRANCISCO DIAS LUCENA NETO¹

RESUMO

Objetivo: compartilhar um caso de uveíte intermediária, pós infecção da fase aguda, imunomediada pela SARS-CoV-2, documentando a capacidade de apresentação clínica multiforme desta infecção. Materiais e método: relato de caso, propedêutica armada e exames de imagem, com revisão de literatura bibliográfica. Resultados: Um homem, de 50 anos, com Reação de Cadeia Polimerase (PCR) positivo em swab nasal para SARS-COV-2, 10 dias após isolamento, queixou-se de baixa acuidade visual e embaçamento visual bilateral. Vitreíte em ambos os olhos, 2+/4 em OD e 1+/4+ em OE e haze vítreo foram documentados em retinografia simples. 15 dias após o diagnóstico precoce e o início do tratamento, o paciente evoluiu com melhora de acuidade visual. Na reavaliação da biomicroscopia e fundoscopia, houve melhora do padrão da vitreíte. Conclusões: a paciente negou história médica de doenças crônicas autoimunes, inflamatórias e foi realizada a exclusão de possíveis etiologias através das principais sorologias. A clássica apresentação clínica, diagnóstico precoce e resposta clínica, com redução gradual e resposta satisfatória falam a favor de uma uveíte intermediária. Apresentamos este caso de envolvimento ocular, dias após a uma condição inflamatória sistêmica por COVID 19, para documentar a extraordinária e multifacetada capacidade de manifestação clínica viral.

PALAVRAS-CHAVE: UVEÍTE INTERMEDIÁRIA; COVID-19; SAÚDE PÚBLICA

ABSTRACT

Objective: a case of intermediate uveitis, post-acute period infection, mediated by SARS-CoV-2, documenting the multiform clinical presentation of COVID-19. Materials and method: case report and image exams, with bibliographic review. Results: A 50-year-old man, with a positive Polymerase Chain Reaction (PCR) in a nasal swab for SARS-CoV-2, 10 days after isolation, complained of low visual acuity and bilateral blurring. Vitreitis in both eyes, 2 + / 4 in OR and 1 + / 4 + in OS and vitreous haze were documented in retinography. 15 days after the early diagnosis and the start of treatment, the patient evolved with improved visual acuity. In the reassessment of biomicroscopy and funduscopy, there was an improvement in the vitreitis pattern. Conclusions: the patient denied a medical history of chronic autoimmune and inflammatory diseases, and possible etiologies were excluded. Clinical presentation, early diagnosis and clinical response, with gradual reduction and satisfactory response, shows an intermediate uveitis. We present this case of ocular involvement, days after a systemic inflammatory condition by COVID - 19, to document the extraordinary and multifaceted capacity for clinical viral manifestation.

KEY-WORDS: INTERMEDIATE UVEITIS; COVID-19; PUBLIC HEALTH

INTRODUÇÃO

Uma nova epidemia do vírus de RNA, com envelopes pertencentes à família Coronaviridae ¹, capazes de causar uma síndrome respiratória aguda grave coronavírus - 2 (SARS-CoV-2), ao final de 2019, emergiu da China. Des-

crições da literatura conceituam a "COVID- 19" como uma tempestade inflamatória, sustentada por citocinas, de caráter multisistêmico ².

Os vírus da família Coronaviridae (CoVs) também são conhecidos por se manifestarem em outras regiões

1 - Instituto e Hospital Oftalmológico de Anápolis - Ihoa

2 - Universidade Federal de Goiás - Ufg

3 - Hospital Oftalmológico de Anápolis - Hoa

ENDEREÇO

VINICIUS STIVAL VENEZIANO SOBRINHO
*Instituto e Hospital Oftalmológico de Anapolis
R. Mozart Soares, 45
Cidade Jardim, Anápolis - GO, 75080-690
e-mail: neto640@gmail.com
vstival@me.com

além do trato respiratório, incluindo o gastrointestinal trato e tecidos oculares¹. Em 2004, próximo ao fim da crise SARS-CoV, a reação em cadeia da polimerase (PCR) em lágrimas de pacientes com a infecção por SARS-CoV demonstrou a presença do vírus. A descoberta de SARS-CoV em lágrimas foi o primeiro de seu tipo em enfatizar a necessidade de precauções adequadas para prevenir a transmissão potencial através tecidos e secreções oculares³.

Em felinos e modelos murinos, sabe-se que vírus da família Coronaviridae são conhecidos por causar variados acometimentos oculares, com conjuntivite, uveíte anterior, retinite e neurite óptica. Na SARS-CoV-2, a patologia ocular se manifesta, como esperado, de variadas formas³.

Recentemente, no estudo "SERPICO-19", levantou-se 54 pacientes, dentre os 133 expostos, com alterações retinianas, onde as principais alterações foram microvasculares, especialmente as microhemorragias e exsudatos algodonosos⁴. Acredita-se que essa correlação entre manifestações retinianas e uveais e a COVID-19 esteja relacionado ao receptor celular ACE 2, detectado na retina humana, epitélio pigmentado da retina, coroide, córnea e epitélio conjuntival¹⁴.

Um levantamento recente mostrou que as principais queixas oculares do paciente portador de SARS-CoV-2 são olhos seco, visão turva e sensação de corpo estranho. Acredita-se que estão relacionadas muito mais ao uso mais intenso de aparelhos eletrônicos em fases de quarentena que pela manifestação infecciosa. Porém, em alguns pacientes, a ceratoconjuntivite foi a primeira manifestação clínica⁵. Alguns estudos apontam que a apresentação da SARS-CoV-2 e ceratoconjuntivite pode estar associada a uma forma mais grave da doença^{3,5}. Podendo estar presente nas secreções conjuntivais, necessitando de maior atenção e cautela por parte do portador e da equipe multidisciplinar que irá manejar o paciente³.

Ademais, existem, na literatura, variadas descrições de apresentações oculares infrequentes da COVID-19. Bettaich e colaboradores, exemplificando, postularam o primeiro caso de uveíte anterior bilateral secundária a inflamação multissistêmica da SARS-CoV-2⁶. O vocábulo uveíte foi criado para descrever um processo inflamatório da úlvea, região que constitui a túnica vascular bulbi (íris, corpo ciliar e coroide), porém o termo atual é sinônimo de inflamação intraocular⁷.

São diversas as etiologias, de origem autoimune ou infecciosa, que podem desenvolver a patologia, também são variadas as formas de apresentação clínica, a depender do sítio anatômico inflamatório. Porém se sabe que todas são mediadas pelo sistema imune, onde os genes do complexo MHC regulam a produção de citocinas e estão envolvidos na suscetibilidade ao desenvolvimento das uveítes⁷.

RELATO DE CASO

Um homem, de 50 anos, procurou atendimento no Pronto Socorro Oftalmológico com queixa de baixa visual

após tratamento de infecção por COVID-19, confirmado em Reação de Cadeia Polimerase (PCR) de swab nasofaríngeo. Relata que esteve internado para tratamento de dispnéia, febre e tosse com analgésicos associado a corticoesteróides sistêmicos.

Queixava-se de embaçamento visual bilateral após 10 dias de alta hospitalar, sem história patológica ocular prévia, ao exame: acuidade visual para longe em 20/50 em olho direito e 20/40 em olho esquerdo (tabela de Snellen à 6 metros). O exame da biomicroscopia apontou Câmara anterior com reação de câmara anterior leve e precipitados ceráticos (PKS) finos paracentrais em ambos olhos. O exame de mapeamento de retina apresentava retina clinicamente preservada até a ora serrata, todavia vitreíte em ambos os olhos (AO), 2+ /4 em Olho Direito (OD) e 1+ /4+ em Olho Esquerdo (OE), documentado pela retinografia simples (figura 1).

Vale lembrar que, para avaliação da escala de haze vítreo, característica dessa apresentação clínica, gradua-se de 0-4, onde os principais fatores avaliados são a presença de borramento do nervo óptico e dos vasos retinianos. Para avaliação da câmara anterior, usa-se a escala de contagem de células dispersas no feixe luminoso na biomicroscopia. Porém, o haze vítreo, segundo a Academia Americana de Oftalmologia (AAO), é a melhor forma de indicar atividade da uveíte intermediária⁷.

Na angiofluoresceinografia (figura 1), não observou-se nenhuma anormalidade vascular, macular ou papilar em ambos os olhos e a Tomografia de Coerência Óptica (figura 3) mostrou mácula com arquitetura de retina neurosensorial e epitélio pigmentar retiniano preservados. Levantou-se hipótese diagnóstica de uveíte intermediária subaguda, bilateral, assimétrica, secundária ao quadro de COVID-19.

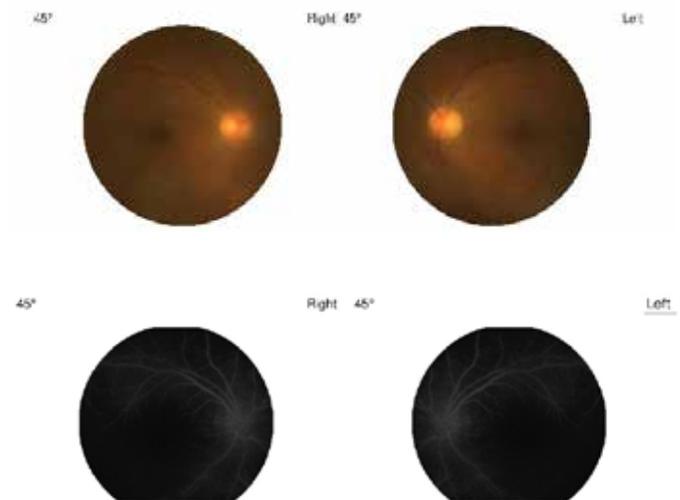


Figura 1. Retinografia Colorida (superior): Haze vítreo 2+ /4+ em olho direito e 1+ /4+ em olho esquerdo . Angiofluoresceinografia (inferior) : Fase intermediária do exame sem alterações da circulação sob a fluoresceína sódica.

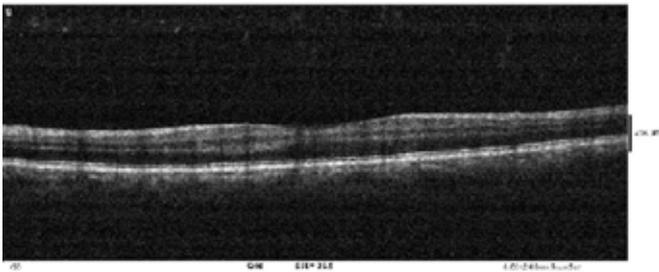


Fig 2. Tomografia de coerência óptica macular OD: Focos de sombra óptica posterior oriundos da cavidade vítrea.

Iniciado tratamento tópico com colírio de acetato de prednisolona 1,0%, uma gota, em ambos os olhos, de 4/4hrs. O paciente evoluiu com expressiva melhora de acuidade visual, e ao exame após 15 dias: em olho direito 20/25 e 20/20 em olho esquerdo. Na reavaliação da biomicroscopia e fundoscopia, houve importante resolução do padrão da vitreíte e câmara anterior plácida sem precipitados ceráticos (PKs). Houve desmame do tratamento tópico e melhora progressiva sem reativação do quadro.

Foram descartadas doenças infecciosas como sífilis, herpes, tuberculose, HTLV, toxocaríase e hepatites virais. Foram excluídas também a doença da arranhadura do gato, sarcoidose, doença de Lyme e esclerose múltipla. Vale relatar que o paciente não apresenta história médica de outras doenças prévias oculares ou crônicas autoimunes, inflamatórias e infecciosas sistêmicas.

DISCUSSÃO

Sabe-se que o SRAS-CoV-19 se assemelha a uma síndrome hiperferritinêmica, nos seus principais estágios, cursando com: linfopenia, redução do número e atividade de linfócitos NK, coagulopatia e hiperferritinemia, o que demonstra a grande capacidade pró inflamatória, que induz a expressão de diferentes mediadores inflamatórios, principalmente a IL-1 β ¹.

De acordo com Colanfresco e colaboradores, apesar das numerosas etiologias que podem desenvolver a síndrome hiperferritinêmica, elas podem convergir em pelo menos dois mecanismos que provocam hiperferritinemia: hiperativação de linfócitos T e hiperatividade de IFN- γ ^{1,2}. No entanto, evidências recentes descreveram o papel direto da cadeia H da ferritina na ativação de macrófagos para aumentar a secreção de citocinas inflamatórias, evoluindo com síndrome de ativação macrofágica (MAS), síndrome antifosfolípide (cAPS) e choque séptico ¹.

Esta condição pró-inflamatória pode ser observada em diversos estudos observacionais, onde encontrou-se o aumento do número de condições autoimunes, como a síndrome de Kawasaki. Em crianças, em cidades como Paris⁸, Na França, e Bergamo, na Itália⁹, a epidemia de SARS-CoV-2 foi associada à alta incidência de uma forma

grave da doença de Kawasaki, como a síndrome inflamatória multisistêmica das crianças (KDSS) e síndrome de ativação macrofágica (MAS) ^{8,9}.

De forma peculiar, a síndrome de Kawasaki é uma vasculite aguda de vasos de médio calibre, de descompensação sistêmica, de gatilho imunomediado, que frequentemente cursa com uveíte anterior^{8,9}. Acredita-se que a correlação entre as inflamações intraoculares e a síndrome de Kawasaki está na grande tempestade inflamatória presente na patologia, com níveis elevados de IL-6, proteína C reativa e procalcitonina^{8,9}.

Existem relatos de uveíte anterior aguda (iridociclite), bilateral, associado a embaçamento visual, associado a condição inflamatória multisistêmica secundária a COVID-19, cursando com edema de córnea, dobras de desmet difusas e precipitados ceráticos (PKs) em ambos os olhos, com bom prognóstico após seguimento terapêutico tópico e sistêmico de corticosteroides descritos na literatura ^{1,3,5}.

Em tempo, a uveíte intermediária é um subgrupo das uveítes, onde o principal sítio de inflamação é o vítreo, retina periférica e a pars plana, epidemiologicamente não costuma ter associação com sexo ou raça e o acometimento tende a ser bilateral em 70% dos casos. O sintoma inicial mais frequente é a percepção de moscas volantes e diminuição da acuidade visual ⁷.

O olho geralmente apresenta um menor padrão inflamatório, se comparado às apresentações de uveíte anterior, com uma leve hiperemia e moderada reação de câmara anterior. Faz parte da apresentação clínica também os precipitados ceráticos pequenos e brancos, finos, geralmente na metade inferior da córnea. A vitreíte é o marcador da doença, variando de leve a grave, tornando-se mais condensado e classicamente observam-se focais, como snowballs, durante a progressão ⁷.

As snowballs são infiltrações vítreas peculiares, contendo leucócitos mononucleares e células semelhantes a fibrócitos, células de muller e astrócitos fibrosos. Ao que indica, a fisiopatologia está relacionada a uma doença mediada por células T, que por imunotaxia iniciada por um antígeno desconhecido, leva a um quadro de vasculite e inflamação vítrea ⁷.

É possível que o antígeno seja infeccioso porque a uveíte intermediária é vista em doenças infecciosas como a de Lyme, a sífilis e a febre da arranhadura do gato. A doença pode ser autoimune, pois a patologia também é observada em doenças não infecciosas, como esclerose múltipla e sarcoidose. O colágeno tipo II no vítreo pode ser um autoantígeno em alguns pacientes ⁷.

Associações HLA foram relatadas em uveítes intermediárias, na qual o HLA-DR é o mais significativo, ocorrendo em 67-72%. Estudos promissores correlacionam Antígeno leucocitário humano (HLA), que são proteínas codificadas no complexo principal de histocompatibilidade, para o reconhecimento e defesas imunes ao COVID-19, podendo

condicionar um indivíduo mais suscetível ou mais resistente a tempestade inflamatória típica da fase aguda da doença, como o HLA-B*46:01 e HLA-B*15:03¹⁰.

No geral, o quadro de uveíte intermediária é geralmente benigno, onde suas complicações se devem a cronicidade. O glaucoma, catarata, edema macular e maculopatia, secundário a inflamação intraocular, são complicações possíveis⁷. O diagnóstico e intervenção terapêutica precoce podem evitar esses agravos, portanto, é de fundamental importância a discussão das apresentações clínicas e inflamatórias, assim como abordagem terapêutica desta condição viral multissistêmica, nesta Pandemia em curso, e por isso, importante tema de saúde pública.

CONCLUSÃO

Em relação a este caso COVID 19, não foi possível realizar o PCR de swab lacrimal ou o PCR de humor vítreo, sendo assim não podemos afirmar que a uveíte apresentada foi causado pelo coronavírus. A boa resposta ao tratamento clínico precoce falam a favor de uma uveíte intermediária subaguda autolimitada. Após a exclusão de outras causas e possíveis etiologias, consideramos como diagnóstico presumido de uveíte intermediária secundária ao coronavírus.

A manifestação da uveíte intermediária, neste caso relatado, ocorreu logo após o tratamento da doença sistêmica aguda pelo COVID-19. Uma hipótese levantada é a apresentação imunomediada pós-infecciosa. Outra hipótese levantada é que a uveíte não se manifestou precocemente devido ao uso concomitante de corticóides sistêmicos e que após a suspensão do mesmo, a inflamação intraocular instalou-se.

Relatamos este caso de envolvimento ocular, dias após a condição inflamatória sistêmica por SARS-CoV-2, para documentar a extraordinária e multifacetada capacidade de manifestação clínica viral, como causa de baixa acuidade visual, em um cenário alarmante de pandemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395 (10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
2. Colafrancesco S, Alessandri C, Conti F, Priori R. COVID-19 gone bad: a new character in the spectrum of the hyperferritinemic syndrome?. *Autoimmun Rev*. 2020;19:102573.
3. Dawn Ho, Rebecca Low, Louis Tong, Vishali Gupta, Aravamudan Veeraraghavan & Rupesh Agrawal (2020) COVID-19 and the Ocular Surface: A Review of Transmission and Manifestations, *Ocular Immunology and Inflammation*, 28:5, 726-734.
4. Invernizzi A, Torre A, Parrulli S, Zicarelli F, Schiuma M, Colombo V, Giacomelli A, Cigada M, Milazzo L, Ridolfo A, Faggion I, Cordier L, Oldani M, Marini S, Villa P, Rizzardini G, Galli M, Antinori S, Staurengi G, Meroni L. Retinal findings in patients with COVID-19: Results from the SERPICO-19 study. *EclinicalMedicine*. 2020 Oct;27:100550.
5. Nuzzi R, Carucci LL, Tripoli F. COVID-19 and ocular implications: an update. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2020 Sep 4;10(1):20.
6. Bettach, E., Zadok, D., Weill, Y., Brosh, K. and Hanhart, J. (2021), Bilateral anterior uveitis as a part of a multisystem inflammatory syndrome secondary to COVID 19 infection. *J Med Virol*, 93: 139-140.
7. Nida Sen H, Albini TA, Burkholder BM, Dahr SS, Dodds EM, Leveque TK, Smith WM, Vasconcelos-Santos AV. Uveitis and ocular inflammation – American Academy of ophthalmology. Basic and Clinical Science Course 2019-2020.

8. Toubiana J, Poirault C, Corsia A, Bajolle F, Fourgeaud J, Angoulvant F, Debray A, Basmaci R, Salvador E, Biscardi S, Frange P, Chalumeau M, Casanova JL, Cohen JF, Allali S. Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children during the covid-19 pandemic in Paris, France: prospective observational study. *BMJ*. 2020 Jun 3;369:m2094. doi: 10.1136/bmj.m2094.
9. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, Bonanomi E, D'Antiga L. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet*. 2020 Jun 6;395(10239):1771-1778.
10. Iturrieta-Zuazo I, Rita CG, García-Soidán A, et al. Possible role of HLA class-I genotype in SARS-CoV-2 infection and progression: A pilot study in a cohort of Covid-19 Spanish patients. *Clin Immunol*. 2020;219:108572. doi:10.1016/j.clim.2020.108572.

RELATO DE CASO

SÍFILIS NA GESTAÇÃO E TRANSMISSÃO VERTICAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

SYPHILIS IN PREGNANCY AND TRANSMISSION: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

MARIANA CARVALHO DE LIMA GOMES ¹, DR. WALDEMAR NAVES DO AMARAL ²

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Na gestante, se a doença não for diagnosticada e adequadamente tratada, pode chegar até o feto, o contaminando e trazendo repercussões no desenvolvimento fetal. Essa disseminação via hematogênica é chamada de sífilis congênita. A transmissão materno-fetal ocorre com mais frequência com a gestante portadora de sífilis primária e secundária.

OBJETIVOS: Identificar a taxa de crescimento de Sífilis no período de 2017 a 2019.

MÉTODOS: estudo transversal descritivo retrospectivo

RESULTADOS: No presente estudo encontramos 188 pacientes notificadas com sífilis entre os anos de 2017 a 2019, essas pacientes apresentaram idade variando de 15 a 43 anos, com média de $24,6 \pm 5,9$ anos. O número de casos de Sífilis entre os anos de 2017 a 2019 cresceu 85%. Apesar desse alto crescimento, não foi estatisticamente significativo; $p = 0,411$. No presente estudo, 73,4% das gestantes com sífilis eram da raça parda, 1,6% da raça negra e 7,4% da raça branca. Das pacientes notificadas, 82,3% residem em zona urbana, 60,6% são solteiras e 47,9% fizeram pré-natal, 34,6% das gestantes notificadas estavam no 3º trimestre. Não houve informação sobre uso de álcool, tabagismo e drogas para serem estudados. Em relação a classificação clínica, 18,6% se encontravam na sífilis primária e 6,9% na sífilis latente. 78,7% das pacientes apresentaram teste treponêmico reagente. 38,3% das gestantes estavam com VDRL $\geq 1/8$. O diagnóstico de sífilis congênita foi encontrado em 34,6% dos casos, aborto em 9% dos casos e óbito fetal em 8% de toda a amostra. Sobre o tratamento das gestantes: Penicilina 2,4 milhões em 17,6%, Penicilina 4,8 milhões em 27,1% e Penicilina 7,2 milhões em 12,2%. 7,4% das pacientes receberam outro esquema de tratamento, portanto, considera-se tratamento inadequado. Em relação ao tratamento do parceiro, apenas 12,8% dos parceiros foram comprovadamente tratados.

CONCLUSÃO: Das pacientes notificadas no HMDI, a maioria era jovem (média de idade de 24,6 anos), parda, solteira e moradoras de zona urbana. Em relação ao período da gestação, 17 pacientes estavam no primeiro trimestre, 5 pacientes no segundo trimestre e 65 pacientes no terceiro trimestre. Fizeram pré natal, não havia informação sobre presença ou ausência do pré natal. O número de casos de sífilis entre os anos de 2017 a 2019 cresceu 85%, foram diagnosticados 65 casos de sífilis congênita, 17 casos de aborto e 15 casos de óbito fetal. O tratamento foi realizado em 12,8% dos parceiros, 87,2% das fichas não continham informação sobre tratamento ou não dos parceiros. 107 gestantes receberam tratamento com Penicilina G Benzatina.

PALAVRAS-CHAVE: SÍFILIS, GRAVIDEZ, TRANSMISSÃO.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Syphilis is a disease caused by the bacterium *Treponema Pallidum*. In pregnant women, if the disease is not diagnosed and adequately treated, it can reach the fetus, contaminating it and causing repercussions on fetal development. This hematogenous spread is called congenital syphilis. Maternal-fetal transmission occurs more frequently with pregnant women with primary and secondary syphilis.

OBJECTIVES: To identify the growth rate of Syphilis in the period from 2017 to 2019.

METHODS: Retrospective cross-sectional study

RESULTS: In the present study, we found 188 patients reported with syphilis between the years 2017 to 2019, these patients were aged between 15 and 43 years, with a mean 24.6 ± 5.9 years. The number of syphilis cases between the years 2017 to 2019 grew by 85%. Despite this high growth, it was not statistically significant; $p = 0.411$. In the present study, 73.4% of pregnant women with syphilis were brown, 1.6% were black and 7.4% were white. Of the notified patients, 82.3% live in an urban area, 60.6% are single and 47.9% have had prenatal care, 34.6% of the notified pregnant women were in the 3rd trimester. There was no information on the use of alcohol, smoking and drugs to be studied. Regarding the clinical classification, 18.6% were found in primary syphilis and 6.9% in latent syphilis. 78.7% of patients had a reagent treponemic test. 38.3% of pregnant women had VDRL $\geq 1/8$. The diagnosis of congenital syphilis was found in 34.6% of cases, abortion in 9% of cases and fetal death in 8% of the entire sample. On the treatment of pregnant women: Penicillin 2.4 million in 17.6%, Penicillin 4.8 million in 27.1% and Penicillin 7.2 million in 12.2%. 7.4% of patients received

1 - Hospital e Maternidade Dona Iris

2 - Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO

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

another treatment regimen, therefore, it is considered inappropriate treatment. Regarding the treatment of the partner, only 12.8% of the partners were proven to be treated.

CONCLUSION: Of the patients notified in the HMDI, the majority were young (mean age 24.6 years), brown, single and living in an urban area. Regarding the period of pregnancy, 17 patients were in the first trimester, 5 patients in the second trimester and 65 patients in the third trimester. did prenatal care, there was no information about the presence or absence of prenatal care. The number of syphilis cases between the years 2017 to 2019 grew by 85%, 65 cases of congenital syphilis were diagnosed, 17 cases of abortion and 15 cases of fetal death. The treatment was carried out in 12.8% of the partners, 87.2% of the forms did not contain information about the treatment or not of the partners. 107 pregnant women received treatment with Penicillin G Benzatin.

KEYWORDS: SYPHILIS, PREGNANCY, TRANSMISSION.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Na gestante, se a doença não for diagnosticada e adequadamente tratada, pode chegar até o feto, o contaminando e trazendo repercussões no desenvolvimento fetal. Essa disseminação via hematogênica é chamada de sífilis congênita. A transmissão materno-fetal ocorre com mais frequência com a gestante portadora de sífilis primária e secundária.

Dentre as doenças de transmissão vertical, a sífilis é a que apresenta as maiores taxas de contaminação do conceito durante a gestação. A prevenção da sífilis congênita é feita com o diagnóstico precoce e o tratamento durante o pré-natal. O diagnóstico tardio de sífilis na gestante, é considerado um fator de risco para sífilis congênita, porque pode levar ao atraso no tratamento ou até mesmo não realização do tratamento durante a gravidez. Sabe-se que o uso da Penicilina é altamente eficaz na prevenção de transmissão vertical¹.

Segundo a OMS, a cada ano ocorrem 2 milhões de casos de sífilis em gestantes, e deste total de casos, 25% não foram tratados ou não receberam o tratamento adequado, resultando em abortos espontâneos ou natimortos. A partir da segunda semana de idade gestacional, o *Treponema pallidum* pode infectar o feto e ocasionar o aborto espontâneo, já a partir da décima sexta semana de gestação, a bactéria danifica a placenta, cordão umbilical e vários órgãos fetais, ocasionando prematuridade, natimorto e má formação nos recém-nascidos².

A sífilis congênita inclui os recém nascidos com achados clínicos sugestivos da doença, alteração nos exames laboratoriais, e bebês nascidos de gestantes que não iniciaram o tratamento com penicilina pelo menos 30 dias antes do parto. Quando não tratada adequadamente na gestação, chega em 80% a taxa de transmissão vertical, ocasionando em abortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e morte neonatal².

O tratamento adequado da gestante contaminada impede a contaminação fetal pela bactéria, o parceiro também deve receber o tratamento. A Penicilina é a droga de primeira escolha no tratamento da sífilis, e possui eficácia de 98% na prevenção da sífilis congênita, e atua de forma

positiva em todos os trimestres da gestação. A penicilina é eficaz também nos casos de sífilis latente, sífilis secundária e terciária. O pré natal adequado, inclui o diagnóstico precoce, tratamento da mãe e parceiro, reduzindo os casos de sífilis congênita e melhorando os indicadores de saúde materno-infantil. Constitui-se então o diagnóstico e tratamento (precoce e adequado) os fatores mais importantes para prevenção da sífilis congênita e demais resultados adversos na gravidez, como abortamentos^{1,2}.

Portanto, o objetivo deste estudo é identificar a taxa de crescimento de Sífilis no período de 2017 a 2019 no Hospital Da Mulher e Maternidade Dona Íris.

MÉTODOS

Com a finalidade de atingir os objetivos descritos neste trabalho, será realizado um estudo transversal descritivo retrospectivo em que será realizada a avaliação da prevalência de pacientes diagnosticados com Sífilis na Gestação e Sífilis Congênita. Serão investigadas as fichas de notificação compulsória do Ministério da Saúde de pacientes atendidos no Hospital da Mulher e na Maternidade Dona Íris (HMDI) entre janeiro de 2017 a dezembro de 2019.

Critérios de inclusão

- Fichas de notificação de gestantes atendidas no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019.

Critérios de exclusão

- Fichas de notificação anteriores a janeiro de 2017 e posteriores à dezembro de 2019.

Foi utilizado o programa Excel para a construção do banco de dados com o levantamento realizado na pesquisa e posteriormente utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social), para análise dos dados clínico-patológicos e determinação da prevalência.

Os aspectos éticos do estudo estão de acordo com a Resolução CNS N° 466, de 12 de Dezembro de 2012 e Resolução CNS N° 510 de 07 de Abril de 2016 tendo supervisão do Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital da Mulher e Maternidade Dona Iris, levando em consideração os benefícios da pesquisa principalmente em relação à comunidade.

RESULTADOS

No presente estudo encontramos 188 pacientes notificadas com sífilis entre os anos de 2017 a 2019, essas pacientes apresentaram idade variando de 15 a 43 anos, com média de $24,6 \pm 5,9$ anos. O número de casos de Sífilis entre os anos de 2017 a 2019 cresceu 85%. Apesar desse alto crescimento, não foi estatisticamente significativo; $p = 0411$.

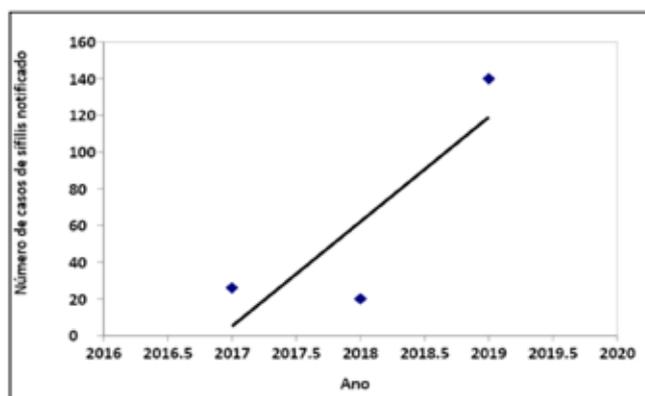


Figura 1. Número de casos de sífilis notificados no HMDI por ano no período de 2017 a 2019, Goiânia - GO.

Variável	Número de casos (n = 188)	
	N	%
Raça		
Branca	14	7,4
Parda	138	73,4
Negro	3	1,6
Amarelo	2	1,1
Indígena	1	0,5
Sem informação	30	16,0
Zona		
Urbana	155	82,4
Rural	6	3,2
Sem informação	27	14,4
Estado Civil		
Solteira	114	60,6
Casada	37	19,7
Sem informação	37	19,7
Período de gestação		
1o trimestre	17	9,0
2o trimestre	5	2,7
3o trimestre	65	34,6
Sem informação	101	53,7
Fez pré-natal		
Sim	90	47,9
Não	7	3,7
Sem informação	91	48,4
Tratamento do parceiro		
Sim	24	12,8
Sem informação	164	87,2

Tabela 1 - Perfil epidemiológico das pacientes notificadas com sífilis entre os anos de 2017 a 2019 no HMDI, Goiânia - GO.

Variável	Número de casos (n = 188)	
	n	%
Classificação Clínica		
Primária	35	18,6
Latente	13	6,9
Sem informação	140	74,5
Teste Treponêmico		
Reagente	148	78,7
Sem informação	40	21,3
Esquema de Tratamento		
Penicilina 2,4 milhões	33	17,6
Penicilina 4,8 milhões	51	27,1
Penicilina 7,2 milhões	23	12,2
Outros esquemas	14	7,4
Sem informação	67	35,6
Diagnóstico		
Sífilis congênita	65	34,6
Aborto	17	9,0
Óbito fetal	15	8,0
Sem informação	91	48,4
VDRL		
< 1/8	81	43,1
≥ 1/8	72	38,3
Reagente	10	5,3
Não reagente	3	1,6
Sem informação	22	11,7

Tabela 2 - Perfil clínico das pacientes notificadas com sífilis entre os anos de 2017 a 2019 no HMDI, Goiânia - GO.

No presente estudo, 73,4% das gestantes com sífilis eram da raça parda, 1,6% da raça negra e 7,4% da raça branca. Das pacientes notificadas, 82,3% residem em zona urbana, 60,6% são solteiras e 47,9% fizeram pré-natal, 34,6% das gestantes notificadas estavam no 3º trimestre. Não houve informação sobre uso de álcool, tabagismo e drogas para serem estudados.

Em relação a classificação clínica, 18,6% se encontravam na sífilis primária e 6,9% na sífilis latente. 78,7% das pacientes apresentaram teste treponêmico reagente. 38,3% das gestantes estavam com VDRL $\geq 1/8$. O diagnóstico de sífilis congênita foi encontrado em 34,6% dos casos, aborto em 9% dos casos e óbito fetal em 8% de toda a amostra.

Sobre o tratamento das gestantes: Penicilina 2,4 milhões em 17,6%, Penicilina 4,8 milhões em 27,1% e Penicilina 7,2 milhões em 12,2%. 7,4% das pacientes receberam outro esquema de tratamento, portanto, considera-se tratamento inadequado. Em relação ao tratamento do parceiro, apenas 12,8% dos parceiros foram comprovadamente tratados.

DISCUSSÃO

A taxa mais elevada de sífilis congênita é encontrada em grupos com baixa escolaridade, grupos raciais com baixo nível socioeconômico (negros e pardos), gestantes jovens, solteiras, com múltiplos parceiros sexuais, uso de

álcool e drogas, e até mesmo histórico passado de violência doméstica e sexual. Também foi associado ao início tardio de pré-natal, menor número de consultas e menor o índice de escolaridade da gestante, além de maior a chance de ocorrer uma infecção vertical pela sífilis e sífilis congênita. As gestantes que apresentaram alto nível de educação, idades mais avançadas, houve menor prevalência de transmissão vertical e sífilis congênita e eventos adversos ao recém nascido no pós parto. Também foi observado que residir em zona rural é outro importante fator de risco para infecção por sífilis na gestação. Essas desigualdades precisam ser reduzidas, para limitar a incidência de sífilis congênita^{3,4,5,6,7}.

Sabe-se que é de vital importância o tratamento do parceiro sexual. Não é considerado tratamento adequado para sífilis quando apenas a gestante realiza o tratamento. Quando há o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado, há uma redução de transmissão vertical próxima a 97%. Infelizmente, observa-se que ainda há uma alta taxa de parceiros não tratados. Dos casos notificados de sífilis congênita, apenas 11% dos parceiros foram tratados. As unidades de saúde devem estar bem estruturadas para acolher e tratar não só as gestantes, mas também suas parceiras sexuais, reduzindo a possibilidade de uma reinfecção e a taxa de transmissão vertical^{3,5}.

A sífilis congênita pode ser definida como indicador de qualidade da assistência pré-natal. Ademais, as taxas aumentadas de transmissão vertical servem como alerta e indicam oportunidades de intervenção que não foram realizadas. Reforça que houve falhas em todo processo de assistência à gestante. A ocorrência de óbito fetal foi seis vezes maior entre os casos de sífilis congênita em relação àquelas sem infecção para sífilis^{3,5}.

O sistema de saúde é financeiramente afetado com as altas taxas de transmissão vertical, porque a sífilis congênita ainda é uma importante causa das perdas fetais, óbitos neonatais, prematuridade e graves problemas de saúde em crianças sobreviventes. Recém-nascidos com sífilis congênita precisam de maior tempo de internação hospitalar, exames diagnósticos como punção lombar, exames radiológicos, laboratoriais, uso de antibióticos endovenosos por longo período (pelo menos 10 dias) e às vezes até internações em UTI neonatal^{5,8}.

A proporção de óbitos fetais entre os casos de sífilis congênita chega a ser seis vezes maior do que o observado em recém-nascidos de mulheres sem diagnóstico de sífilis. Para combater todas essas complicações neonatais, as barreiras ao diagnóstico e tratamento da sífilis devem ser enfrentadas, e há uma real necessidade de mudança na assistência à saúde para superar os obstáculos (demográficos, culturais e socioeconômicos) e ofertar uma maior qualidade dos cuidados de saúde às gestantes no intuito de reduzir as taxas de transmissão vertical da sífilis. No Brasil as medidas de saúde pública ainda não conseguem reduzir as taxas de sífilis em gestantes e a taxa de sífilis

congênita^{5,8}.

O Ministério da Saúde vem adotando medidas para reduzir a contaminação de sífilis na gestação e transmissão vertical. Porém estudos evidenciaram que ainda é alto o número de gestantes atendidas em pré natal de baixa qualidade (chegando a 90%), que não identificou a sífilis na gestante precocemente ou apresentou falhas no tratamento. A Rede Cegonha foi criada para aumentar a cobertura de pré natal, maior acesso de saúde para as pacientes de baixa condição socioeconômica, disponibilização de teste rápido para sífilis e HIV em diversas unidades de saúde, tratamento com penicilina benzatina para gestantes e seus parceiros em unidades da atenção básica e criação de comitês de investigação de transmissão vertical. Todas essas medidas tem o intuito de reduzir e eliminar a sífilis na gestante e sífilis congênita, que ainda são um grande problema de saúde pública no Brasil, principalmente as regiões mais vulneráveis, que são mais afetadas pela infecção da sífilis⁵.

CONCLUSÃO

Das pacientes notificadas no HMDI, a maioria era jovem (média de idade de 24,6 anos), parda, solteira e moradoras de zona urbana.

Em relação ao período da gestação, 17 pacientes estavam no primeiro trimestre, 5 pacientes no segundo trimestre e 65 pacientes no terceiro trimestre e fizeram pré natal.

O número de casos de sífilis entre os anos de 2017 a 2019 cresceu 85%, foram diagnosticados 65 casos de sífilis congênita, 17 casos de aborto e 15 casos de óbito fetal.

O tratamento foi realizado em 12,8% dos parceiros, 87,2% das fichas não continham informação sobre tratamento ou não dos parceiros. 107 gestantes receberam tratamento com Penicilina G Benzatina.

REFERÊNCIAS

- Xiao HJ, Liu JC, Zhong XH. Congenital syphilis presenting congenital nephrotic syndrome in two children and related data review. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2011 Dec 18;43(6):911-3.
- Wang Y, Wu M, Gong X, Zhao L, Zhao J, Zhu C, Gong C. Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant - Suzhou, China, 2011-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 Mar 15;68(10):247-250.
- Reis GJ, Barcellos C, Pedroso MM, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2018; 34(9):e00105517.
- Vargas L, Amaral S, Arriaga M, Sarno M, Brites C. High prevalence of syphilis in parturient women and congenital syphilis cases in public maternities in Salvador-Bahia, Brazil. *BJOG*. 2018 Sep;125(10):1212-1214.
- Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2016; 32(6):e00082415.
- Tsankova G, Todorova TT, Kostadinova T, Ivanova L, Ermenlieva N. Seroprevalence of Syphilis among Pregnant Women in the Varna Region (Bulgaria). *Acta Dermatovenerol Croat*. 2016 Dec;24(4):288-290.
- Qin JB, Feng TJ, Yang TB, Hong FC, Lan LN, Zhang CL, Liu XL, Yang YZ, Xiao SY, Tan HZ. Synthesized prevention and control of one decade for mother-to-child transmission of syphilis and determinants associated with congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in Shenzhen, South China. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2014 Dec;33(12):2183-98.
- Hebmuller MG, Fiori HH, Lago EG. Subsequent pregnancies in women with previous gestational syphilis. *Cien Saude Colet*. 2015 Sep;20(9):2867-78.

ACRETISMO PLACENTÁRIO: CESÁREA - HISTERECTOMIA UMA SERIE DE CASOS

PLACENTAL ACCRETISM: CESAREAN - HISTERECTOMY A SERIES OF CASES

GABRIELLA DE OLIVEIRA FERREIRA ¹, DR. WALDEMAR NAVES DO AMARAL ²,
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA ²

RESUMO

Introdução: Acretismo é a implantação da placenta anormal na parede uterina, é classificada segundo o grau de profundidade. A incidência de acretismo aumentou no mundo todo em paralelo ao aumento de cesáreas, ocorrendo 1 caso para cada 533 partos. Objetivo: Avaliar a intervenção cirúrgica cesárea/histerectomia (placenta in loco) como resolução saudável binômio materno-fetal. Método: Série de casos. Discussão: A melhor proposta terapêutica nos casos de acretismo é o planejamento de parto cesárea seguido de histerectomia total abdominal (HTA). O tratamento conservador (manutenção do útero deixando a placenta in situ) pela elevada morbi-mortalidade associada deve ser encarado de forma excepcional. Os perfis das pacientes dos casos se enquadram nos fatores de risco citados nos estudos. Todos os casos possuíam cesárea anterior e diagnóstica de placenta prévia; média de idade: 36,8 anos (32-41 anos); média de paridade (gesta): 2,8 (G4-G2). Desta forma, vamos ao encontro com o que a literatura cita como os principais fatores de risco. O caso 2 foi programado parto cesariano e HTA. Porém, durante cesárea preservou o útero e evoluiu para choque hemorrágico após 4 horas do término do procedimento, sendo necessário HTA em 2º tempo. Nos casos 1, 3 e 4 foi planejado parto cesárea e HTA, sem intercorrências. Em todos os casos o tratamento final evoluiu com histerectomia, indo ao encontro da literatura como melhor terapêutica. Considerações finais: Uma boa conduta diante do acretismo com diagnóstico prévio através USG e Doppler, planejamento de parto em centro de referência (reserva de hemoconcentrados e UTI) com equipe experiente e multidisciplinar tem o poder de mudar o prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: ACRETISMO PLACENTÁRIO, CESARIANA, HISTERECTOMIA.

ABSTRACT

Introduction: Acretism is the implantation of the abnormal placenta in the uterine wall, it is classified according to the degree of depth. The incidence of accretion increased worldwide in parallel with the increase in cesarean sections, with 1 case for every 533 births. Objective: To evaluate cesarean surgery / hysterectomy (placenta in loco) as a healthy maternal-fetal binomial resolution. Method: case series. Discussion: The best therapeutic proposal in cases of accretism is the planning of cesarean delivery followed by total abdominal hysterectomy (THA). Conservative treatment (maintenance of the uterus leaving the placenta in situ) due to the associated high morbidity and mortality should be considered exceptionally. The patient profiles of the cases fit the risk factors mentioned in the studies. All cases had previous cesarean section and diagnosis of placenta previa; average age: 36.8 years (32-41 years); average parity (gestation): 2.8 (G4-G2). Thus, we are going to meet what the literature cites as the main risk factors. Case 2 was scheduled for cesarean delivery and hypertension. However, during cesarean section, the uterus was preserved and evolved to hemorrhagic shock 4 hours after the end of the procedure, requiring THA in the 2nd period. In cases 1, 3 and 4, cesarean delivery and hypertension were planned without complications. In all cases, the final treatment evolved with hysterectomy, meeting the literature as the best therapy. Final considerations: Good conduct in the face of accretism with prior diagnosis through USG and Doppler, delivery planning in a referral center (reserve of hemoconcentrates and ICU) with an experienced and multidisciplinary team has the power to change the prognosis.

KEYWORDS: PLACENTAL ACCRETISM, CESAREAN SECTION, HYSTERECTOMY.

1 - Hospital e Maternidade Dona Iris
2 - Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO

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

INTRODUÇÃO

A placenta acreta é definida quando a implantação ocorre de forma anormal na parede uterina, ultrapassando o endométrio, invadindo o miométrio, podendo chegar a serosa ou invadir outros órgãos¹².

Normalmente às vilosidades coriônicas penetra na porção compacta e superficial da decídua, e não alcança a camada esponjosa. Isso permite a clivagem da placenta ao ser descolada. Os danos endometrial e miometrial são responsáveis pela implantação anormal da placenta, com decídua basal fina ou ausente (camada esponjosa) e desenvolvimento imperfeito da camada fibrinoide (camada de Nitabuch)¹³. A penetração na camada esponjosa e no miométrio impede a dequitação e é característica do acretismo placentário¹⁴.

O ACOG (Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas) relatou, em 2012, que a incidência de acretismo aumentou no mundo todo em paralelo ao aumento de cesáreas, ocorrendo 1 caso para cada 533 partos⁵. Sendo que em 1950 a ocorrência era muito rara 1 a cada 30 000 partos⁶.

O diagnóstico precoce é de fundamental importância nesta patologia. As gestantes com história previa de cesárea anterior, placenta prévia, multiparidade, idade materna maior que 35 anos, defeitos endometriais têm um risco aumentado para acretismo. Desta forma, deve-se solicitar ultrassonografia (USG) para avaliar a placenta, pois é um ótimo método diagnóstico. Quando o USG não for esclarecedor pode-se solicitar a ressonância magnética (RNM)¹⁵.

O acretismo apresenta uma elevada taxa de mortalidade de 6 a 7% tendo como principal complicação o choque hemorrágico podendo agravar o quadro clínico evoluindo com coagulação intravascular disseminada (CIVD), síndrome do desconforto respiratório do adulto, insuficiência renal e até morte materno-fetal^{15,7,8}.

A incidência do acretismo placentário encontra-se em ascensão e o planejamento do parto com cesárea e histerectomia abdominal (HTA) através do diagnóstico prévio tem o poder de mudar esse prognóstico dessa doença.

Por tanto, o objetivo deste trabalho é através de uma série de casos avaliar a intervenção cirúrgica cesárea/histerectomia (placenta in loco) como resolução saudável binômio materno-fetal.

RELATOS DE CASOS

Caso 1 - Paciente, VGS, 38 anos, G4PC3A0, moradora de Goiatuba em Goiás, pré-natal em sua cidade com presença de toxoplasmose na gestação sendo tratado com espiramicina, negando outras comorbidades e sem intercorrências. Devido o diagnóstico de toxoplasmose foi encaminhada para Goiânia onde realizou amniocentese descartando a transmissão vertical, porém descobriu placenta prévia centro-total com acretismo. Paciente não apresentou sangramento em nenhum momento da gestação e nem outras intercorrências. Desta forma, foi programado cesárea eletiva com histerectomia abdominal

a seguir com 38 semanas 3 dias no dia 09/05/2020. O planejamento da cesárea-histerectomia continha: preparo prévio de banco de sangue, prova cruzada do mesmo reserva de 4 concentrados de hemácias e 2 unidades de plasma, reserva prévia de UTI materno e neonatal, organização e preparo de anestesia com monitorização contínua com raqui-anestesia seguido de anestesia geral; sondagem vesical de demora; incisão de Pfannenstiel e com incisão uterina corporal alta, com retirada fetal sem manuseio placentário; histerectomia total abdominal, com placenta in-loco; encaminhamento para pós-operatório imediato em UTI. Durante a cirurgia a paciente recebeu as 4 bolsas de hemoconcentrados e 2 unidades de plasmas previstos. Paciente estava estável e não necessitou de ficar na UTI, recebendo alta médica 2 dias após o parto.

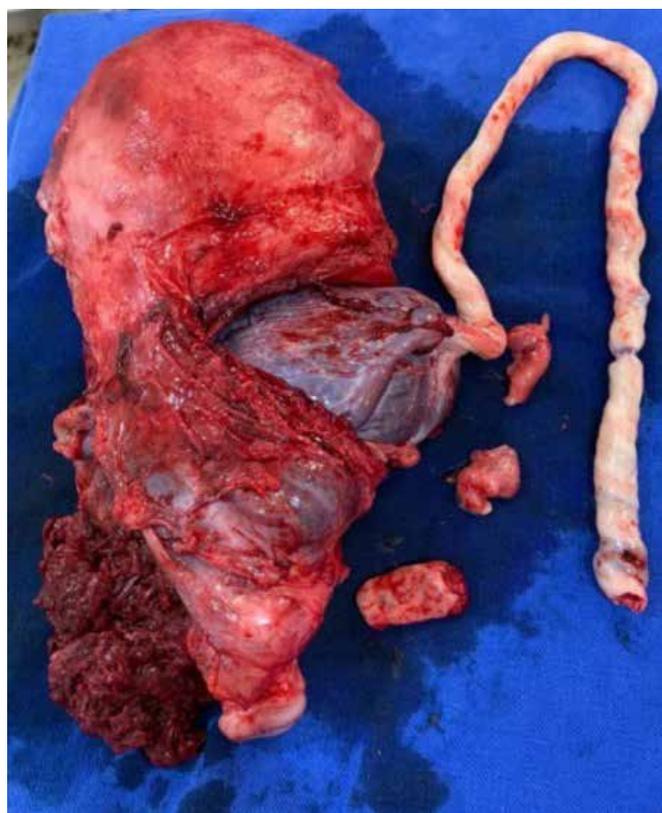


Figura 1: Imagem da peça cirúrgica do caso 1 contendo o útero com acretismo placentário.
Fonte: acervo Dr Waldemar

Caso 2: Paciente, LOM, 41 anos, G2PC1A0, moradora de Goiatuba em Goiás pré-natal em sua cidade tratava hipotireoidismo na gestação com Puran 50mcg, sem outras comorbidades e intercorrências. Durante acompanhamento da gestação descobriu com 32 semanas placenta posterior / prévia centro-total com acretismo sendo encaminhada para Goiânia. Paciente não apresentou sangra-

mento em nenhum momento da gestação e nem outras intercorrências. Desta forma, foi programada uma cesárea eletiva com histerectomia abdominal a seguir com 39 semanas no dia 05/07/2020, porém o marido durante ato operatório solicitou a equipe médica que tentasse preservar o útero. Então durante procedimento mudaram o planejamento terapêutico e fizeram tratamento conservador mantendo útero com placenta in loco. Após 4 horas do fim da cirurgia paciente apresentou choque hemorrágico sendo necessário reabordagem e histerectomia. Durante a cirurgia a paciente recebeu as 4 bolsas de hemoconcentrados e 2 unidades de plasmas previstos e foi encaminhada para UTI, onde ficou por 15 dias. Na unidade de terapia intensiva teve que ser transfundida mais 2 bolsas de hemoconcentrado e apresentou complicação pulmonar (pneumonia) tendo a necessidade de ficar intubada por 2 dias. Após alta da UTI ficou 2 dias no quarto recebendo alta médica.

Caso 3: Paciente, NVCO, 36 anos, G3PC2A0, gemelar monocorionica e diamniótica moradora de Anápolis em Goiás pré-natal em sua cidade com presença de hipertensão gestacional com pré-eclâmpsia e taquicardia materna, em acompanhamento com cardiologista, além do pré-natalista. Com 22 semanas de gestação descobriu transfusão feto-fetal e placenta prévia centro-total com acretismo, sendo encaminhado para Goiânia e realizado fetoscopia com laser e maturação pulmonar sem intercorrências. Iniciou sangramento vaginal persistente pela placenta prévia com 25 semanas de gestação, sendo indicada a interrupção da gestação com 27 semanas e 5 dias. No dia 11/09/2020 ocorreu uma cesárea com histerectomia abdominal planejada como mencionado no caso 1, sendo transfundido 3 bolsas de hemoconcentrado e 2 de plasma no transoperatório. A cirurgia ocorreu como o proposto, ficou internada 2 dias na UTI e mais 5 dias no quarto recebendo alta médica, os recém nascidos foram a óbito devido prematuridade e a paciente desencadeou depressão.

Caso 4: Paciente, TGCOL, 32 anos, G2PC1A0, moradora de Jataí em Goiás pré-natal em sua cidade sem comorbidades ou intercorrências na gestação, ausência de malformação mulleriana e/ou presença de leiomiomatose progressa. Desde o início da gestação tinha o diagnóstico de placenta prévia, porém com 30 semanas identificou placenta prévia centro-total com acretismo iniciando acompanhamento em Goiânia e realizado maturação pulmonar. Com 33 semanas e 1 dia iniciou sangramento vaginal sendo programado cesárea com histerectomia planejada no dia 07/10/2020 como citado no caso 1. O procedimento ocorreu como o planejado, sendo encaminhada após para UTI. Ficou internada na UTI por 2 dias e recebeu alta 1 dia após em bom estado geral.

DISCUSSÃO

O obstetra identificando os fatores de risco, realizando o diagnóstico pré-operatório (ultrassonografia) e tratando de maneira adequada intraparto muda o prognóstico do

acretismo placentário.

Os perfis das pacientes dos casos se enquadram nos fatores de risco citados na literatura. Todos os casos possuíam cesárea anterior e diagnóstica de placenta prévia; média de idade: 36,8 anos (32-41 anos); média de paridade (gesta): 2,8 (G4-G2). Desta forma, vamos ao encontro com o que a literatura diz como fatores de risco: cesárea anterior, placenta prévia, multiparidade e idade materna maior que 35 anos.

A ultrassonografia (USG) com o Doppler favorece a visualização pelo fluxo turbulento, além do desaparecimento do espaço hipocogênico retroplacentário e anterior ao miométrio e do surgimento de vasos dilatados no próprio miométrio. O USG associado com o Doppler apresenta uma sensibilidade de 81,1% e especificidade de 98,9%. Porém, se analisar as placentas anteriores e posteriores separadamente é observado respectivamente 89,7% e 50% de taxa de detecção^{8,9}.

Neste trabalho todos os casos apresentados as pacientes fizeram ultrassonografia com Doppler sendo diagnosticado previamente acretismo placentário possibilitando o planejamento do parto.

A melhor proposta terapêutica nos casos suspeitos e confirmados de acretismo é o planejamento de parto cesárea seguida de histerectomia total abdominal^{10,11}.

A histerectomia total abdominal consiste no tratamento ideal para os casos de acretismo placentário; após a extração do feto, deve ser realizada com a placenta in situ, já que tentativas de descolamento frequentemente resultam em hemorragia intensa¹.

A histerectomia periparto é a melhor opção para quem não tem desejo de gerar^{10,11}.

O médico tem que orientar as gestantes e familiares sobre os riscos pré, intra e pós-operatório (transfusão sanguínea, lesão de órgãos, UTI, infecção e risco de morte). O procedimento deve ser feito com equipe bem treinada e em lugar de referência (reserva de hemocomponentes, UTI)⁵.

Nos casos 1, 3 e 4 foram realizados planejamento dos partos cesarianas seguidos de histerectomia abdominal, em nenhum caso tivemos complicações e intercorrência. Reafirmando que o planejamento (pré, intra e pós-operatório) da cesariana com HTA melhora o prognóstico do acretismo placentário e vai de encontro com os estudos.

A conduta conservadora no acretismo (deixar a placenta in situ) pode ser optada em raras situações visando à preservação da fertilidade; mas, essas pacientes devem permanecer sob estrita vigilância e receber informações sobre risco significativo de complicações graves¹.

O tratamento conservador (manutenção do útero deixando a placenta in situ) pela elevada morbi-mortalidade associada deve ser encarado de forma excepcional¹².

No caso 2 foi programado parto cesariano com histerectomia abdominal (HTA), porém durante procedimento foi optado por preservar o útero com placenta in loco.

Paciente evoluiu com choque hemorrágico após 4 horas do término da cirurgia sendo necessário histerectomia de emergência em segundo tempo. O tratamento conservador deve ser deixado como exceção, pois tem grandes riscos de complicações.

Todos os casos relatados o tratamento final evoluiu com HTA, indo ao encontro da literatura como melhor terapêutica. O tratamento conservador (manutenção do útero deixando a placenta in situ) expõe a paciente a muitas complicações devendo ser optado em raros casos após exaustiva orientação médica para as gestantes e familiares.

A idade gestacional (IG) ideal para a intervenção é ainda controversa. Há um acordo que deverá ser entre 34 a 37 semanas devido maturação pulmonar¹⁰. Já para Zugaib (2016) paciente com diagnóstico precoce recomenda-se cesariana eletiva com 36/37 semanas para diminuir o índice de complicações¹.

A idade gestacional média de interrupção da gestação de todos os casos foi 34semanas(s) 6 dias(d) (27s6d – 39s0d). No caso 3 era uma gestação gemelar monocorionica e diamniótica com transfusão feto-fetal foi interrompido com 27semanas e 5 dias devido a sangramento vaginal os fetos nasceram vivos, porém não sobreviveram devido a prematuridade. Nos demais casos, todos os recém nascidos sobreviveram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acretismo placentário é uma patologia de elevada mortalidade, mas uma boa conduta com diagnóstico precoce e planejamento do parto tem o poder de melhorar o prognóstico.

O diagnóstico prévio é de fundamental importância nesta patologia, Então as gestantes com história previa de cesárea anterior, placenta prévia, multiparidade, idade materna maior que 35 anos, defeitos endometriais tem um risco aumentado para acretismo. A cesárea anterior é considerada o fator de risco mais relevante, associando quanto maior for o número de cirurgias, maior será o risco de placenta acreta.

A ultrassonografia é uma ótima ferramenta para avaliar as patologias da placenta, desta forma, se solicitado durante o pré-natal de pacientes com fatores de risco o diagnóstico precoce ajudará na programação do tratamento adequado.

O planejamento (pré, intra e pós-operatório) do parto com maturação pulmonar, reserva de hemoconcentrados, em hospital terciário com UTI materna e neonatal e equipe multiprofissional experiente faz mudar o prognóstico do acretismo placentário, melhorando a sobrevida materno-fetal.

REFERÊNCIAS

1. Zugaib M. Zugaib Obstetrícia. 3a Ed. São Paulo: Manole, 2016.
2. Benirschke K, Kaufmann P. Pathology of the human placenta. 4a Ed. New York: Springer, 2000.
3. Linhares L et al. Placenta acreta: Artigo de revisão. Revista Médica de Minas Gerais, 2010; 20(1):57-59.

4. Zugaib M, Bittar R. Placenta prévia: Protocolos Assistenciais da Clínica Obstétrica da FMUSP. 4ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2014.
5. Fernandes C, Sá M. Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO. São Paulo: Elsevier, 2019.
6. Read JA; Cotton, D. B; Miller, F. C. Placenta accreta: changing clinical aspects and outcome. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 1980;56(1): 31-4.
7. Rezende J, Montenegro C. Rezende Obstetrícia. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
8. Falone V et al; Acretismo placentário – predição ecográfica: relato de caso. Revista Brasileira de Ultrassonografia, 2019;27(1):30-32.
9. Freitas F, Costa S, Ramos J et al. Rotinas em Obstetrícia. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
10. Freitas R, Ayres-De-Campos D. Management of placenta percreta. Acta Obstet Ginecol Port., 2015;9(3):250-255.
11. Baggieri R et al. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo, 2011; 56(2): 96-101.
12. Clode N. Acretismo Placentário: uma realidade que não podemos ignorar. Acta Obstet Ginecol Port, 2019;13(3):146-147.

SARCOMAS E OUTROS TUMORES NÃO EPITELIAIS DA MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

SARCOMAS AND OTHER NON-EPITHELIAL BREAST TUMORS: A LITERATURE REVIEW

ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA¹, ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO¹, LEANDRO GONÇALVES OLIVEIRA²,
RAFAEL MAZON CORANDIN³, MARCELLA SEGATO DE SOUSA MELO³, SEBASTIÃO ALVES PINTO^{2,4},
JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA^{3,4}

RESUMO

As doenças malignas não epiteliais da mama são responsáveis por cerca de 1% de todos os tumores mamários. Os cânceres de mama primários não epiteliais mais comuns são os sarcomas e os linfomas. Dentre os sarcomas, o tumor filodes maligno é o mais comum. O aspecto macroscópico dos sarcomas evidencia tecido de consistência firme de coloração variando de bronze a cinzenta, com áreas macias, císticas e outras hemorrágicas. Histologicamente esses tumores são hiper celulares, proliferação em fuso fibroblásticas, células atípicas altamente anaplásicas e de grau intermediário a alto. A graduação histológica é importante para o tratamento e prognóstico. A disseminação hematogênica é a mais comum e o envolvimento dos linfonodos axilares não é frequente entre os sarcomas. Os locais mais frequentes de metástase são os pulmões, ossos e fígado. O tratamento para os sarcomas primários da mama é a excisão ampla com margens adequadas e livres. A linfadenectomia não é recomendada, a menos que existam linfonodos clinicamente suspeitos. A radioterapia e a quimioterapia podem ser consideradas, mas tem um papel incerto.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE MAMA; SARCOMAS; TUMOR FILODES MALIGNO.

ABSTRACT

Non-epithelial malignant breast diseases are responsible for about 1% of all breast tumors. The most common primary non-epithelial breast cancers are sarcomas and lymphomas. Among sarcomas, the malignant phyllodes tumor is the most common. The macroscopic aspect of sarcomas shows tissue with a firm consistency, ranging from bronze to gray, with soft, cystic and other hemorrhagic areas. Histologically, these tumors are hypercellular, proliferation in fibroblastic spindles, atypical cells and highly anaplastic of intermediate to high degree. Histological grading is important for treatment and prognosis. Hematogenous dissemination is the most common and the involvement of axillary lymph nodes is not frequent among sarcomas. The most frequent sites of metastasis are the lungs, bones and liver. The treatment for primary breast sarcomas is wide excision with adequate and free margins. Lymphadenectomy is not recommended unless there are clinically suspect lymph nodes. Radiotherapy and chemotherapy can be considered, but they have an uncertain role.

KEY-WORDS: BREAST CANCER; SARCOMA; MALIGNANT PHYLLODES TUMOR

INTRODUÇÃO

As lesões mesenquimais da mama constituem um grupo raro de lesões benignas e malignas. Elas podem surgir primariamente ou serem iatrogenicamente induzidas. A apresentação clínica e a epidemiologia confundem-se com

a dos carcinomas mamários, comprometendo pacientes de ambos os sexos e em larga faixa etária. Comumente a formação de massa palpável ou assimetria mamária são as apresentações mais frequentes. O prognóstico e o tratamento variam extraordinariamente na dependência do

1. PUC Goiás.

2. INGOH.

3. Maternidade Municipal Aristina Cândida.

4. Universidade Federal de Goiás.

ENDEREÇO

JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA

Rua 95, 159 setor sul Goiânia Goiás

E-mail - drjuarez@drjuarez.com.br

diagnóstico histopatológico ¹.

As lesões formadoras de massa de comportamento biológico favorável da mama são representadas pela fasciíte nodular, lesões vasculares benignas, hiperplasia estromal pseudoangiomatosa, miofibroblastoma, fibromatose desmoide, tumor miofibroblástico inflamatório e o lipoma ².

As neoplasias mesenquimais malignas da mama podem ser primárias ou secundárias. As neoplasias primárias são aquelas que surgem de forma esporádica e espontânea no parênquima mamário, sendo a mais frequente delas o Tumor Filodes. As neoplasias secundárias são aquelas que se originam após algum tipo de tratamento já instituído na glândula mamária. O tipo histológico mais frequente é o angiossarcoma que pode ser secundário a radioterapia ou consequência tardia de linfedema do braço ou da mama ³.

O Tumor filodes da mama é historicamente denominado Cystossarcoma Phyllodes por apresentar características morfológicas de crescimento semelhante a folhas e com a formação de cistos devido a crescimento rápido com necrose e degeneração cística. É uma neoplasia de comportamento biológico variável, caracterizado por uma proliferação mesenquimal formadora de massa com elemento bifásico – mesênquima e epitélio ⁴.

Apesar da apresentação infrequente na mama, há um grupo de lesões não epiteliais que englobam as lesões hematolinfóide e o melanoma. São lesões primitivas raras da mama, isto é, a maioria dos casos diagnosticados na mama representam doenças sistêmicas com envolvimento secundário deste órgão. Devem ser lembrados no diagnóstico diferencial as lesões mamárias formadoras de massa e as metástases de outros órgãos para o parênquima mamário. Os principais órgãos envolvidos nesta situação são, os cânceres de mama contralateral, estômago, trato colorretal, pulmão e ovário (Quadro 1) ¹.

TUMORES MALIGNOS	TIPOS HISTOLÓGICOS
NEOPLASIAS MESENQUIMAIS DA MAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Tumor Filodes • Angiossarcoma • Sarcoma osteogênico • Rbdomiossarcoma embrionário da mama • Linfangiossarcoma associado a linfedema • Sarcoma primário do estroma mamário • Sarcomas diversos (sarcoma estromal, leiomiiossarcoma, lipossarcoma, histiocitoma fibroso maligno, sarcoma de Ewing e fibrossarcoma).
TUMORES HEMATOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Linfoma não Hodgkin de célula B grandes e difusos • Linfoma de Hodgkin • Plasmocitoma solitário • Linfoma de grandes células anaplásico (células T) associando a implantes de silicone.
MELANOMA DA MAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Melanoma cutâneo primário
METÁSTASES PARA A MAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Mama contralateral • Melanomas • Câncer de pulmão • Câncer gástrico e colorretal • Câncer ovariano

Quadro 1 - Diagnóstico diferencial de outras neoplasias não epiteliais da mama.

REVISÃO DE LITERATURA

Quadro clínico

Os sarcomas da mama em geral se apresentam como uma massa unilateral, bem delimitada, pouco dolorosa e firme. Raramente são bilaterais, usualmente são de rápido crescimento e de tamanho maior ao diagnóstico quando comparados as neoplasias epiteliais da mama. Possuem tamanho variável desde alguns centímetros até massas gigantes com infiltração e necrose da pele ⁵.

Diagnóstico

Assim como todas as outras neoplasias da mama, o diagnóstico de sarcoma mamário inicia-se com a história clínica completa, exame físico cauteloso, histórico epidemiológico, antecedentes patológicos e exames de imagem ⁶.

Diante da suspeita clínica de massa tumoral a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) assume uma importância primordial na formulação do diagnóstico, tendo vista que é um procedimento pouco invasivo e de baixo custo e que fornece informações relevantes para a construção do diagnóstico final. O exame citopatológico permite definir a linhagem histogenética da lesão, se é uma lesão de origem epitelial, mesenquimal ou hematopoiética. Permite ainda, a avaliação quanto ao seu comportamento biológico: benigno, baixo potencial maligno ou francamente maligno ⁷.

A core biopsy é geralmente considerada o procedimento de escolha para o diagnóstico dos sarcomas. Entretanto o padrão-ouro de definição do diagnóstico é o anatomopatológico da peça cirúrgica, como na maioria dos sarcomas, não só da mama, são dependentes da amostragem ⁸.

Macroscopicamente os sarcomas da mama são massas de tamanho variável, de crescimento infiltrativo, de consistência firme-borrachosa, por vezes com calcificações e ou degeneração cística, focos de necrose, de superfície de corte branco-acinzentada com aspecto de "carne de peixe" ⁸.

Histologicamente o diagnóstico de sarcoma mamário é sempre difícil pois são lesões raras e com critérios diagnósticos morfológicos rigorosos recomendados pela OMS. Morfológicamente o padrão fusocelular com atipias é o mais comum na maioria dos sarcomas. A imuno-histoquímica ajuda sobremaneira na definição da diferenciação celular ¹.

Tumor filodes apresenta expressão de vimentina no componente mesenquimal e ceratinas no componente epitelial.

O sarcoma primário do estroma mamário tem expressão de vimentina e CD10.

O lipossarcoma apresenta expressão de proteína S-100.

O Rbdomiossarcoma tem expressão de MyoD1 ou mioigenina.

O angiossarcoma apresenta expressão de CD31,

CD34, BNH-9, D2-40 e ERG.

Para diferenciação entre os angiossarcomas primário e secundário, a amplificação do gene MYC ganha importância, descrita com maior frequência na forma radioinduzida.

Morfologicamente, os tumores filodes podem ser benignos, malignos ou borderlines. Os benignos apresentam atipias celulares leves, ausência de necrose, baixa atividade mitótica, menos de 4 mitoses por 10 campos de grande aumento (CGA) na histologia, e padrão de crescimento expansivo. Já os tumores de comportamento maligno apresentam acentuado sobrecrecimento estromal, atipias celulares severas, mitoses acima de 10 mitoses/10 CGA, necrose e crescimento infiltrativo dos tecidos adjacentes ⁴.

Os tumores de comportamento borderline apresentam características intermediárias aos dois extremos, mas principalmente taxa de mitose entre 4 e 10 mitoses por 10 CGA ⁵.

Tratamento

A cirurgia representa a modalidade de escolha no manejo dos sarcomas, quando a intenção do tratamento é curativa. A mastectomia normalmente é necessária para tumores grandes e/ou que surgem em áreas previamente irradiadas. Margens de ressecção livres de tumor são o principal fator para uma longa sobrevida livre de recidiva ^{1,2}.

O uso de quimioterapia adjuvante deve ser avaliado individualmente levando-se em consideração as condições clínicas do paciente, idade, toxicidades a terapias prévias, comorbidades e principalmente, a sensibilidade do tipo histológico à quimioterapia ^{4,5}.

Em caso de doença metastática a utilização da quimioterapia paliativa segue os mesmos protocolos utilizados para os sarcomas de tecidos moles em geral ¹.

Conclusão

Os sarcomas podem ser primários ou como consequência do tratamento de um câncer de mama epitelial (secundários). A radioterapia pode levar ao desenvolvimento de sarcomas secundários com uma latência de mais de vinte anos. Os tumores mesenquimais malignos da mama são principalmente compostos pelo tumor filodes maligno e pelo sarcoma de tecidos moles. A ressecção cirúrgica com margens negativas é o tratamento de escolha na maioria dos sarcomas primários, principalmente o tumor filodes.

REFERÊNCIAS

1. Jay R Harris et al. Doenças da Mama. 5. ed. Rio de Janeiro. Di Livros, 2016.
2. Bagnoli F et al. Mastologia: do diagnóstico ao tratamento [livro eletrônico] Goiânia: Conexão Propaganda e Editora, 2017.
3. Chen WH, Cheng SP, Tzen CY, Yang TL, Jeng KS, Liu CL, Liu TP. Surgical Treatment of Phyllodes Tumors of the Breast: Retrospective Review of 172 Cases. Taiwan. J Surg Oncol. 2010; vol:102(4), 301-307. ISSN:1096-9098. 2005.
4. Zhao W, Tian Q, Zhao A, Wang B, Yang J, Wang L, Zhang L, Dong D, Chen

- L, Yang J. The role of adjuvant radiotherapy in patients with malignant phyllodes tumor of the breast: a propensity-score matching analysis. Breast Cancer; 2020; DOI: 10.1007/s12282-020-01135-7. 2020 Aug 03.
5. Rosenberger LH, Thomas SM, Nimbkar SN, Hieken TJ, Ludwig KK, Jacobs LK, Miller ME, Gallagher KK, Wong J, Neuman HB, Tseng J, Hasinger TE, King TA, Jakub JW. Contemporary Multi-Institutional Cohort of 550 Cases of Phyllodes Tumors (2007-2017) Demonstrates a Need for More Individualized Margin Guidelines. Journal of Clinical Oncology 2021 39:3, 178-189.
6. Porto e Porto. Semiologia Médica, 8. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2019.
7. Boff RA, Carli AC, Brenelli H, Brenelli FP, Carli LS, Reiriz AB, Coelho CP, Coelho GP. Compêndio de Mastologia. Abordagem multidisciplinar. Caxias do Sul: Lorigraf, 2015.
8. Chagas CR, Menke CH, Vieira RJS, Boff RA. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.
9. Girão MJBC, Baracat EC, Rodrigues de Lima G. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MASTALGIA - REVISÃO DE LITERATURA

MASTALGIA - LITERATURE REVIEW

SAYRA RAYANE TITOTO LABRE¹, ANITA CÉLIA NAVES DA SILVA¹, MIGUEL PEREIRA DE QUEIROZ JÚNIOR¹, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA², ANA LUIZA FLEURY LUCIANO², JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA^{1,3}

RESUMO:

A mastalgia é responsável por 60% a 70% das consultas no dia a dia do consultório de um mastologista. Pode ser classificada em cíclica e acíclica. O diagnóstico é clínico. Exames de mamografia e ultrassonografia devem ser solicitados conforme a idade da paciente e os achados de exame físico. O tratamento não medicamentoso com medidas comportamentais promove alívio em 80% das pacientes. Anti-inflamatórios não esteroidais e o tamoxifeno devem ser utilizados nos casos de sintomatologia intensa.

PALAVRAS-CHAVE: MASTALGIA, MASTODÍNIA, DOR MAMÁRIA.

ABSTRACT

Mastalgia (Breast Pain) is responsible for 60% to 70% of consultations in the daily routine of a mastologist's office. It can be classified into cyclic and acyclic. The diagnosis is clinical. Mammography and ultrasound exams should be ordered according to the patient's age and physical examination findings. Non-drug treatment with behavioral measures provides relief in 80% of patients. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and tamoxifen should be used in cases of severe symptoms.

KEYWORDS: MASTALGIA, MASTODYNIA, BREAST PAIN.

INTRODUÇÃO

A mastalgia, mastodínia ou dor mamária é o motivo de 60% a 70% das consultas em mastologia.¹

É caracterizada como qualquer quadro algíco na topografia da mama, sendo mais comum na menacme e tende a diminuir com a menopausa, mostrando estreita interação com o ciclo menstrual.²

Apesar da correlação com o câncer de mama ser muito pequena, a mastalgia é causa de angústia e ansiedade, podendo afetar a qualidade de vida. Dessa forma, a cancerofobia é um dos principais motivos pelos quais a paciente procura o mastologista. Por fim, cerca de 70% das mulheres apresentam mastalgia ao longo da vida, sendo severa em 10 a 20% delas.¹

REVISÃO DE LITERATURA

Classificação

A mastalgia pode ser cíclica, acíclica e dor extramamária. A mastalgia cíclica está relacionada ao ciclo menstrual e às alterações funcionais benignas da mama (AFBM).³ A dor é difusa e bilateral, variando ao longo do ciclo menstrual, intensificando na última semana do ciclo, e melhorando após a menstruação. Quanto à intensidade da dor pode ser leve, moderada ou intensa (Tabela 1).¹

Na mastalgia acíclica, não há associação com o ciclo menstrual, sendo frequentemente localizada e unilateral, em geral causada por cistos, mastites, traumas, tromboflebite superficial (Doença de Mondor) e masto-

1. Maternidade Municipal Aristina Cândida

2. PUC Goiás

3. Universidade Federal de Goiás.

ENDEREÇO

JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA

Endereço: Rua 95, 159 setor sul

Goiânia Goiás

E-mail - drjuarez@drjuarez.com.br

patia diabética.³

A dor extramamária é caracterizada por dor referida devido às afecções em outras estruturas que anatomicamente se relacionam com as mamas.³ Assim, a dor tem origem fora da mama, como a costochondrite (Síndrome de Tietze), neuropatia, traumas e fraturas de costelas. Outras causas como cardiopatias, gastrites e doenças hepáticas podem estar relacionadas com dor na região das mamas.³

CLASSIFICAÇÃO QUANTO A INTENSIDADE DA DOR	CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS	TRATAMENTO
Leve	Não interfere na qualidade de vida.	Tratamento não medicamentoso com orientação sobre a fisiologia da mastalgia.
Moderada	Interfere na qualidade de vida, mas não nas atividades habituais.	Tratamento não medicamentoso com orientação sobre os mecanismos fisiológicos da dor.
Intensa	Interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida.	Anti-inflamatório não esteroidal por curto período ou tamoxifeno, na dose de 10 mg/dia por 3 meses.

Tabela 1 – Mastalgia. Classificação, características e tratamento.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de mastalgia é realizado pela anamnese e exame físico detalhados, sendo o primeiro passo a diferenciação entre dor originada na parede torácica e dor mamária. Na anamnese, deve-se avaliar o estilo de vida da paciente, uso de medicação hormonal e não-hormonal, atividades laborais e esportivas, história de trauma, presença de doenças musculoesqueléticas e problemas psicossociais, bem como antecedente familiar para câncer de mama.⁴

EXAMES COMPLEMENTARES

Mamografia e ultrassonografia devem ser solicitadas em casos de achados no exame físico (nódulos, derrame papilar suspeito e alterações de pele), especialmente em pacientes com mais de 40 anos, história familiar para câncer de mama ou se houver dúvida no exame físico.⁵

TRATAMENTO

O tratamento não-medicamentoso, que tem como base a

orientação sobre os mecanismos fisiológicos da dor mamária, promove alívio dos sintomas em cerca de 80% das pacientes (Tabela 1). Seu princípio primordial é ouvir e tranquilizar a paciente.³ Medidas comportamentais como atividade física, dieta pobre em lipídios, diminuição do peso, controle da ansiedade, abolir tabagismo e outros hábitos são importantes.²

O uso de um sutiã de tamanho correto, com sustentação adequada, apresenta bons resultados no alívio da dor. Além disso, deve ser evitado o uso de sutiãs apertados ou com hastes metálicas, pois comprimem o tórax ou as costelas.²

O tratamento medicamentoso inicial pode ser feito com anti-inflamatório não esteroidal por um período de três a cinco dias, principalmente nos casos de dores musculoesqueléticas que se irradiam para as mamas. O tamoxifeno pode ser empregado na dose de 10 mg/dia, por três meses, nos casos de mastalgia intensa.⁶

Outros medicamentos como ácido gamalinoleico, óleo de prímula, vitamina E, e diuréticos não possuem evidência científica de efetividade.⁷ Além disso, drogas, como a bromergocriptina, lisurida, danazol, análogos do GnRH são citados na literatura como efetivas no tratamento da mastalgia, no entanto, devido aos seus efeitos colaterais, estão em desuso na prática médica.⁶

CONCLUSÃO

A mastalgia é a queixa mais comum no cotidiano de um mastologista. Muitas vezes é motivada pela cancerofobia, uma vez que gera bastante ansiedade na paciente. Entretanto, a paciente não deve ser menosprezada, mas sim devidamente tranquilizada.

É consenso na literatura que as medidas mais eficiente para a mastalgia são as orientações gerais e medidas comportamentais, pois melhoram 80% dos casos.

Quando essas medidas não forem suficientes, o uso de anti-inflamatório não esteroidal em pacientes com dor localizada é considerado o tratamento de primeira linha e o tamoxifeno pode ser utilizado nos casos refratários.

O ácido gamalinoleico, óleo de prímula, vitamina E e diuréticos não possuem comprovação científica de efetividade no tratamento da mastalgia, no entanto, são muito utilizados na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CE, de Sá MFS, Filho AL da S. Tratado de Ginecologia Febrasgo. 1st ed. Elsevier; 2018. 1024 p.
2. Menke CH, Chagas CR, Vieira RJS. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter; 2015. 1632 p.
3. Boff RA, Carli AC De, Brenelli FP, Brenelli H, de Carli LS, Sauer FZ, et al. Compêndio de Mastologia: Abordagem multidisciplinar. 1st ed. Lemar, editor. Caxias do Sul; 2015. 754 p.
4. Porto CC. Semiologia Médica. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR de, Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, et al. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
6. Bagnoli F, Brenelli FP, Pedrini JL, Júnior R de F, de Oliveira VM. Mastologia: do diagnóstico ao tratamento. Goiânia: Conexão Propaganda e Editora; 2017.
7. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Doenças da mama. 5th ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2016.



CEREM-GOIÁS

Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AGRM