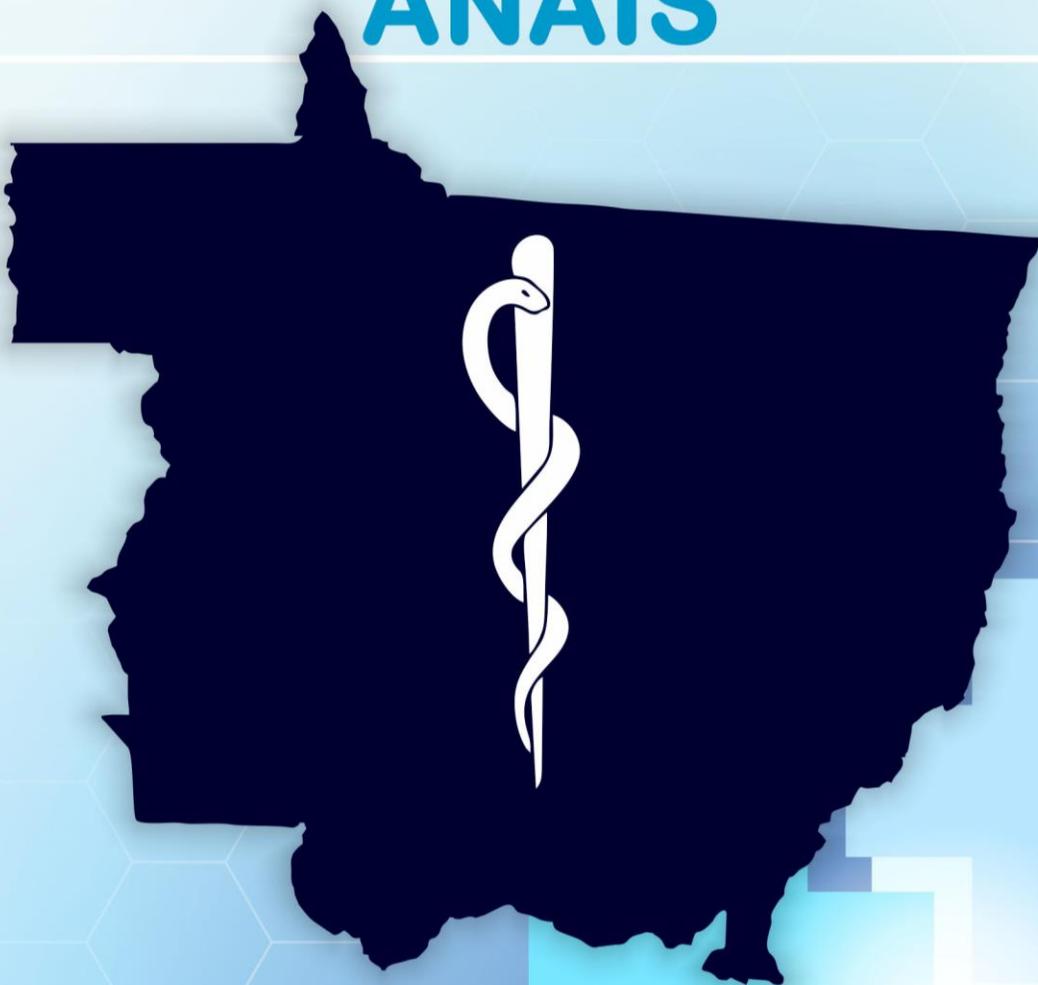


1^o

CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO

MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

ANAIS



CINMED

Cáceres - MT

UNEMAT

Universidade do Estado de Mato Grosso



REITORA

Ana Maria Di Renzo

VICE-REITOR

Ariel Lopes Torres

PRÓ-REITOR DE ASSUNTOS ESTUDANTIS

Anderson Marques do Amaral

PRÓ-REITORA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

Vera Lúcia da Rocha Maquêa

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Rodrigo Bruno Zanin

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Valter Gustavo Danzer

PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO E CULTURA

Alexandre Gonçalves Porto

PRÓ-REITOR DE GESTÃO FINANCEIRA

Weily Toro Machado

PRÓ-REITOR DE PLANEJAMENTO E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Francisco Ledo dos Santos



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, CAMPUS DE CÁCERES
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
GRUPO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO BASEADO EM EVIDÊNCIAS MÉDICAS (GEPEM)

COORDENAÇÃO GERAL

Denise da Costa Boamorte Cortela

ORGANIZADORES

Egon Ewaldo Lindorfer Neto
Franciele Silva Bernardo
Isabella de Lara Aires Reis
Bel. José Idarlan Gomes Chaves Filho
Bel. Juliana Debei Herling
Mariana Vicentini Tzi
Thiago Oliveira Freitas Becker
Víctor Augusto Ignácio de Souza

COMITÊ TÉCNICO-CIENTÍFICO

Alcione Lescano de Souza Junior
Claudia Elaine Cestari
Denise da Costa Boamorte Cortela
Egon Ewaldo Lindorfer Neto
Elisabeth Battista
Heloisa Miura
Itala Paris de Souza
Marcelo Adriano Mendes Santos
Matheus Berthoud Oliveira

Copyright © 2016 / Unemat Editora
Brasil - 2016

Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina

Organizadores: Denise da Costa Boamorte Cortela, Heloísa Miúra, Elisabeth Battista, Alcione Lescano de Souza Junior, Claudia Elaine Cestari, Itala Paris de Souza, Marcelo Adriano Mendes Santos, Matheus Berthoud Oliveira, Egon Ewaldo Lindorfer Neto, Juliana Debei Herling. (Revista do Curso de Medicina da UNEMAT). Cáceres-MT: Unemat-Editora, 2016. 65p.

ISSN: 2358-3134 (online)

1. Saúde 2. Linguagem 3. Educação

Ficha catalográfica elaborada pela UNEMAT Editora.



UNEMAT Editora

Avenida Tancredo Neves nº 1095 - Cavallhada
Fone/fax: (0xx65) 3221-0077
Cáceres-MT – 78200-000 - Brasil
E-mail: editora@unemat.br



COORDENAÇÃO

Profª. Drª. Elisabeth Battista, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, Brasil

COMITÊ EDITORIAL EXECUTIVO

Profª. Drª. Elisabeth Battista, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Denise da Costa Boamorte Cortela, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Cristina Teodoro de Melo Mendo, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Fabiana Aparecida da Silva, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Fabiola Beppu Muniz Ramsdorf, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Catarina Maria Mesquita Garcia Dalbem, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. António Vaz Carneiro, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa – UL/Portugal, Portugal
Prof. Dr. Fernando de Pádua, Universidade de Lisboa – UL/Portugal
Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado, Universidade da Cidade de São Paulo – UNICID
Profª. Msc. Drª. Evelin Massae Ogotta Muraguchi, Universidade Estadual de Londrina – UEL
Profª. Drª. Andrea Bernardes, Universidade de São Paulo – USP

CONSELHO EDITORIAL

Profª. Drª. Elisabeth Battista, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, Brasil
Prof. Antonio José de Macedo Bernardes, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Dinah Belém, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Heloísa Miura, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Prof. Msc. Marcio Garcia Barroso, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Nelcy Maria Dias, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Neyres Zinia Taveira de Jesus, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Prof. Dr. Odenilson José da Silva, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Olga Soares, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Stefania Pinto Mota, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Waneska Pinto Mota, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT

CONSELHO TEMÁTICO CONSULTIVO

Profª. Drª. Ana Cristina Amaral Torres, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Drª. Flávia Garcia Pires, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Prof. Dr. José Dárcio Andrade Rudner, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Profª. Msc. Lucimar de Lara Aires, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT
Prof. Dr. Luiz Carlos Pieroni, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT

PRODUÇÃO EDITORIAL

Profª. Drª. Elisabeth Battista, Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, Brasil
Bel. Andrey Roberto Rosa, Curso de Medicina - Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, Brasil
Bel. Juliana Debei Herling, Curso de Medicina - Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, Brasil

ISSN: 2358-3134

APRESENTAÇÃO

A Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), com sede em Cáceres-MT, tem como missão institucional levar a educação superior ao interior de Mato Grosso por intermédio de cursos e programas especiais, com características próprias. Nesse sentido, em busca de desenvolvimento regional e de inovação, foi aprovado o Curso de Graduação em Medicina, que teve a aula inaugural em agosto de 2012.

Inovador, este curso adota a metodologia ativa de *Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem Based Learning - PBL)*, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com inserção precoce e permanente dos estudantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF). É diferenciado e único em vários aspectos a partir de seus pressupostos, tendo como finalidade central contribuir para aprimorar o processo de ensino e aprendizagem, apoiando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e, ainda, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Um dos objetivos do Curso de Graduação em Medicina da UNEMAT é possibilitar uma democratização do saber acadêmico para a contribuição na transformação social por meio da prática clínica. Neste contexto, surgiu a proposta do I Congresso Internacional de Medicina da UNEMAT com o tema da *Medicina Baseada em Evidências*. Este deve sua importância do elo entre a pesquisa científica e a prática clínica, com a utilização de provas científicas, com validade interna e externa, para a aplicação dos resultados.

O I Congresso Internacional de Medicina (I CINMED) foi promovido pela Coordenação do Curso de Graduação em Medicina em parceria com o Grupo de Ensino,

Pesquisa e Extensão Baseado em Evidências Médicas (GPEM). O evento ocorreu entre os dias 9 e 11 de setembro de 2016 no Auditório Edival dos Reis, campus Cidade Universitária, em Cáceres-MT, e teve como palestrantes profissionais médicos renomados de diferentes especialidades e oriundos de diversos estados do Brasil.

O I CINMED proporcionou a troca de experiência entre profissionais, graduandos e pós-graduando da área de Medicina para a ampliação dos conhecimentos na área. Fomentou um espaço de interação e atualização dos profissionais em relação aos desafios encontrados em principalmente em relação à saúde pública.

Este importante evento internacional ainda divulgou a produção acadêmica dos discentes e docentes do Curso de Graduação em Medicina da UNEMAT e também de outras instituições de ensino superior (IES). Os três melhores artigos científicos foram premiados e estão publicados na íntegra nesta Edição Especial da Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina. Também foram publicados os resumos de todos os XX artigos submetidos ao evento, compondo os anais do I CINMED.

Os trabalhos publicados nesta Edição Especial têm caráter multidisciplinar, com grande relevância para Saúde Pública, pois visam o aprimoramento dos atuais e dos futuros profissionais médicos.

Comissão Organizadora do I CINMED

SUMÁRIO

ARTIGOS

<i>Melanoma cutâneo: uma revisão bibliográfica sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos</i>	8
<i>Atualização sobre a classificação das crises convulsivas e síndromes epiléticas</i>	14
<i>Alterações oculares em recém-nascidos com microcefalia e suspeita associação ao Zika vírus: revisão sistemática</i>	24

RESUMOS

<i>Uso de fórmula de aminoácido na proctite alérgica</i>	33
<i>Manifestações Dermatológicas da Esclerose Tuberosa: uma revisão bibliográfica</i>	34
<i>Indicações da Videolaparoscopia no Trauma - uma revisão da literatura</i>	35
<i>SOP: muito mais que um problema ginecológico</i>	36
<i>Uso do Jejum Intermitente como estratégia adjuvante ao tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2: uma revisão da literatura</i>	37
<i>Derrame pleural quiloso associado à sarcoidose pulmonar</i>	38
<i>Amiloidose primária: relato de caso em hospital de referência</i>	39
<i>A relação da esteato-hepatite não alcoólica (ENA) com a obesidade e cirrose</i>	40
<i>Analgesia no pós-operatório: busca das melhores condutas, sob o paradigma da medicina baseada em evidências</i>	41
<i>A importância da abordagem espiritual no cuidado do paciente</i>	42
<i>Mielinólise pontina e extra-pontina: indução de síndrome da desmielinização osmótica</i>	43
<i>Importância da vacinação do neonato com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) na prevenção da Tuberculose Miliar (TM)</i>	44
<i>Dermatoscopia: um importante método no diagnóstico precoce de melanoma cutâneo</i>	45
<i>Relato de experiência: implantação de protocolo para profilaxia de úlcera de estresse em unidade de terapia intensiva.</i>	46
<i>Óbitos por causas externas: indivíduos em idade produtiva de trabalho</i>	47
<i>Percepções de estudantes de um curso de medicina acerca do ambiente educacional e das relações sociais</i>	48
<i>Convulsão febril: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento</i>	49
<i>Caracterização do perfil das vítimas necropsiadas pelo</i>	50
<i>Instituto Médico Legal de Cáceres/MT</i>	50
<i>Atrofia Muscular Espinhal Tipo I: doença de Werdnig-Hoffmann</i>	51
<i>Lítio e urticária: uma associação incomum</i>	52
<i>Psicose puerperal e infanticídio: os desafios na identificação e diagnóstico desta emergência médica-psiquiátrica</i>	53
<i>Cuidados paliativos na pediatria e a morte mais amena em doença terminal</i>	54
<i>Análise da água do bairro São Mateus-VG e sua associação com doenças diarreicas na população</i>	55
<i>Avaliação do pé diabético na atenção básica</i>	56
<i>Consumo de drogas e álcool por adolescentes escolares no município de Cáceres/MT</i>	57
<i>Relato de caso: diabetes mellitus resultando em pé diabético</i>	58
<i>Análise da mortalidade por causas externas no município de Cáceres-MT</i>	59
<i>Aspectos fisiopatológicos da dor do membro fantasma</i>	60
<i>Paciente com câncer de pulmão e cirrose hepática avançada: relato de caso</i>	61
<i>Um relato de caso de alcaptonúria: mutação nova no gene HGD em uma família brasileira</i>	62
<i>Manejo obstétrico na picnodisostose: relato de 2 casos</i>	63
<i>Eritema nodoso hansênico subtratado e suas sequelas</i>	64
<i>Complicações no pós-operatório do tratamento de doença hemorroidária: estudo comparativo entre técnicas cirúrgicas</i>	65

Melanoma cutâneo: uma revisão bibliográfica sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos

Cutaneous melanoma: a literature review on clinical and epidemiological aspects

Rafaela Guimarães de Souza¹, Isadora Tartaglia Stehling¹, Bárbara Klein Bisinella Dias², Márcio Ferreiras Agues².

RESUMO

Introdução: A redução da filtragem dos raios ultravioletas pela camada de ozônio elevou a incidência de cânceres de pele. O melanoma apesar de não ser o mais comum, é o que mais cresce e o mais maligno. **Objetivos** Revisar, na literatura especializada, os aspectos clínicos mais comuns do melanoma cutâneo e principais fatores de risco. **Métodos:** Revisão bibliográfica do período de 2011 a 2016 nas bases de dados Pubmed, Lilacs e SciELO. Dos 50 trabalhos encontrados, apenas 9 abordavam os aspectos epidemiológicos e clínicos do melanoma cutâneo melanótico. Excluindo os referentes a outros tipos de melanoma e as pesquisas de tecido não humano. **Resultados:** O melanoma cutâneo é o câncer de pele menos comum e o mais agressivo. Após a revisão da literatura, os principais fatores de risco citados são: a exposição solar, pele clara, nevo congênito, histórico de câncer de pele, e história familiar de melanoma. Por isso, certas regiões com maior incidência solar, trabalhadores rurais e indivíduos de pele clara, tem maior taxa de melanoma. A maioria dos relatos citam o melanoma no tecido cutâneo, mas há raras manifestações em mucosas, olhos, meninges e órgãos internos. As principais formas clínicas são: lentigo maligno melanoma, extensivo superficial, nodular e lentiginoso-acral. A epidemiologia mostra prevalência em mulheres, entre 50 e 60 anos, e em indivíduos de pele clara. O local mais comum de envolvimento é o tronco em homens; e as extremidades inferiores, em mulheres. A avaliação diagnóstica mais conhecida é a regra do ABCDE, em que A se refere à assimetria da lesão; B, às bordas irregulares; C, à coloração heterogênea; D, ao diâmetro maior que 6 mm; e E, à evolução da lesão pré-existente, e quando presentes favorecem a suspeita de melanoma. Outro importante instrumento é a dermatoscopia, que permite avaliar melhor o pigmento, e todas as estruturas vasculares não vistas a olho nu. **Conclusão:** Entre tantos fatores de risco, a exposição solar é apontada como principal causadora da neoplasia. A regra do ABCDE é de fundamental importância e de fácil aplicabilidade. Apesar da evolução diagnóstica, ainda há dificuldade pela semelhança com outras patologias, e muitas vezes leva ao diagnóstico tardio com piora do prognóstico, sendo assim, é necessário maior estudos em torno do tema para apoiar os profissionais da área.

Palavras-chave: Melanoma amelanótico. Melanoma. Melanoma experimental. Dermatoscopia.

1. Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT.
2. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT.

CORRESPONDÊNCIA

Rafaela Guimarães de Souza

Departamento de Medicina – UNEMAT. Av. Santos Dumont, S/N, Cidade Universitária, Bairro DNER.

CEP: 78200-000. Cáceres - MT.

E-mail: rafaelagmas@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Reducing the filtering of ultraviolet rays by the ozone layer has raised the incidence of skin cancers. Melanoma, although is not the most common, is the fastest growing and the most malignant skin cancer. **Objectives:** This study aims at review specialized literature about the most common clinical aspects of cutaneous melanoma and main risk factors. **Methods:** Bibliographic review of the period from 2011 to 2016 in Pubmed, Lilacs and SciELO databases. Of the 50 papers found, only nine approach the epidemiological and clinical aspects of cutaneous melanoma. Excluding those referring to other types of melanoma and non-human tissue searches. **Results:** Cutaneous melanoma is the least common and most aggressive skin cancer. After reviewing the literature, the main risk factors cited are: sun exposure, clear skin, congenital nevus, history of skin cancer, and family history of melanoma. Therefore, certain regions with higher solar incidence, rural workers and individuals with light skin have a higher rate of melanoma. Most reports cite melanoma in the cutaneous tissue, but there are rare manifestations in mucous membranes, eyes, meninges, and internal organs. The main clinical forms are: lentigo maligno melanoma, extensive superficial, nodular and lentiginoso-acral. Epidemiology shows prevalence in women, between 50 and 60 years, and in light-skinned individuals. The most common site of involvement is the trunk in men; and the lower extremities, in women. The best known diagnostic evaluation is the ABCDE rule, where A refers to the asymmetry of the lesion; B, to irregular edges; C, heterogeneous staining; D, with diameter greater than 6 mm; and E, to the evolution of the pre-existing lesion, and when present favors the suspicion of melanoma. Another important instrument is dermoscopy, which allows better evaluation of the pigment, and all vascular structures. **Conclusion:** Among so many risk factors, sun exposure is indicated as the main cause of the neoplasia. The ABCDE rule is of fundamental importance and easy to apply. Despite the diagnostic evolution, there is still difficulty in the similarity with other pathologies, and often leads to late diagnosis with worsening prognosis, and therefore, further studies are needed around the theme to support professionals in the area.

Keywords: Amelanotic melanoma. Melanoma. Experimental melanoma. Dermoscopy.

INTRODUÇÃO

A diminuição da filtragem dos raios ultravioletas feita pela camada de ozônio elevou a incidência de cânceres de pele e, apesar de o melanoma não ser o mais comum, é o que mais cresce e o mais maligno¹. Ele resulta da proliferação e transformação maligna dos melanócitos localizados na camada basal da epiderme, neste processo de transformação estão envolvidos tanto fatores ambientais como fatores ligados ao hospedeiro. Quando diagnosticado precocemente e adequadamente excisado, o melanoma é potencialmente curável¹. No entanto, em estágios avançados, a mortalidade é alta por falta de opções eficazes de tratamento. Assim, este trabalho teve como objetivo a análise investigativa dos aspectos clínicos mais comuns do melanoma cutâneo e principais fatores de risco.

MÉTODOS

Revisão bibliográfica do período de 2011 a 2016 nas bases de dados MedLine, Lilacs e SciELO, utilizando as palavras-chave “Melanoma amelanótico”, “Melanoma”, “Melanoma experimental”, “Dermoscopy” e as correspondentes em inglês. Após a leitura, dos 50 trabalhos encontrados, foram selecionados apenas nove, pois abordavam os aspectos epidemiológicos e clínicos do melanoma cutâneo melanótico. Foram excluídos os referentes a outros tipos de melanoma e às pesquisas de tecido não humano, pois fugiam dos interesses deste estudo.

RESULTADOS

O melanoma cutâneo é a forma mais agressiva dos cânceres de pele, que ocorre quando os melanócitos sofrem alterações e tornam-se melanoma maligno. É menos comum do que basocelular e carcinoma de células escamosas, mas é o câncer de pele mais perigoso. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de pele é o câncer mais comum no Brasil e responde por 25 % de todos os tumores malignos registrados no país, com melanoma respondendo por 4%². A incidência do melanoma

cutâneo e as taxas de mortalidade estão crescendo na maioria dos países do mundo onde os dados referentes à doença são registrados e o Brasil segue essa tendência, apesar da escassez de informações³.

Os fatores de risco para melanoma cutâneo são muitos e variados, e incluem a exposição excessiva ao sol, a pele clara, nevo congênito, xerodermapigmentoso, nevo displásicos, história pregressa de câncer de pele, e história familiar de melanoma¹.

Os melanomas, em geral, possuem localização primária no tecido cutâneo, podendo, contudo, ser manifestado nas mais diversas áreas, como olhos, mucosas, meninges, órgãos internos e outros. Possui diversas formas, às quais, nas lesões atípicas, como o melanoma amelanótico (MeA), podem imitar lesões fibrohistológicas⁴.

Com base em suas características clínicas e histológicas, podem ser subdivididos em quatro classes principais: melanoma nodular, lentigo maligno melanoma, melanoma acral e extensivo superficial. O extensivo superficial é, em tese, o com melhor prognóstico, pois tende a crescer por mais tempo na horizontal, com invasão de tecido tardia. O lentigo maligno melanoma ocorre em pacientes de terceira idade com pele clara e em áreas expostas ao sol; apresenta crescimento horizontal por longo período antes de invadir o tecido. O melanoma acral geralmente se localiza nas palmas das mãos, plantas dos pés e sob as unhas; é mais prevalente em negros, pardos e orientais. Já o melanoma nodular tende a ter pior prognóstico, pois invade rapidamente os tecidos mais profundos e provoca metástases precocemente⁵.

Em relação ao perfil epidemiológico dos pacientes afetados, o melanoma é ligeiramente predominante em mulheres, entre as idades de 50 e 60, e em indivíduos de pele clara. Em um estudo brasileiro, o local mais comum de envolvimento foi o tronco em homens e as extremidades inferiores em mulheres, com uma diferença de gênero estatisticamente significativa. Em um estudo realizado no Sul do Brasil, o tipo mais comum era superficial melanoma espalhando (62,8%), seguido de lentigo maligno (14,9%) e melanoma nodular (14,6%)¹.

As queixas mais comuns relacionadas ao câncer da pele são: mancha que coça, dói, sangra ou descama; ferida que não cicatriza em 4 semanas; sinal que muda de cor textura,

tamanho, espessura ou contornos; elevação ou nódulo circunscrito e adquirido da pele que aumenta de tamanho e tem aparência perolada, translúcida, avermelhada ou escura⁶. Uma forma fácil e mnemônica de avaliação é conhecida como ABCDE, em que A se refere à assimetria da lesão (lesões benignas geralmente são simétricas); B, às bordas (lesões benignas, em geral, têm limites regulares); C, à cor (lesões benignas costumam ter cor homogênea); D, ao diâmetro (maior que 6 milímetros é sugestivo de malignidade); e E, à evolução (alteração no padrão de lesões pré-existentes sugere malignidade)⁵.

A dermatoscopia é um importante instrumento que permite a avaliação de pigmento, e todas as estruturas vasculares de características determinantes, que não podem ser vistas a olho nu. Tais padrões vasculares têm um papel importante na suspeita de melanoma em lesões pigmentadas duvidosas⁷.

O exame dermatoscópico aumenta a precisão do diagnóstico de melanoma e ajuda a reduzir a sua mortalidade. Através dele, achados como assimetria, diversas cores e presença de estruturas como: arquitetura pigmentar desorganizada, estrias periféricas, pseudópodes, véu esbranquiçado azul, pontos e glóbulos atípicos, são alguns dos achados dermatoscópicos susceptíveis de serem observados em melanomas⁸.

Até o momento, o nível de Breslow – tamanho, em milímetros, da invasão vertical do tumor – é considerado o mais importante fator prognóstico para melanomas. Quanto menor o nível de Breslow espera-se melhor prognóstico⁵. Cirurgia é o tratamento-padrão inicial para doença localizada. A biópsia do linfonodo sentinela é a abordagem indicada para o estadiamento nodal. Em pacientes metastáticos, a bioterapia ou quimioterapia sistêmica pode ser tentada, enquanto a radioterapia deve ser considerada paliativa⁹.

A biópsia deve ser sempre que possível excisional, com margens clinicamente negativas e uma profundidade suficiente para assegurar que a lesão não é seccionada⁵.

CONCLUSÃO

Entre tantos fatores de risco, a exposição solar é apontada como principal causadora da neoplasia. A regra do ABCDE é de fundamental importância e de fácil aplicabilidade. Apesar da evolução diagnóstica, ainda há dificuldade pela semelhança com

Anais Vol. 1 (2016): I Congresso Internacional de Medicina da UNEMAT - Medicina Baseada em Evidências, Cáceres/MT, Brasil, 9-11 Setembro 2016, Faculdade Ciências da Saúde / Cidade Universitária, Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT.

outras patologias, e muitas vezes leva ao diagnóstico tardio com piora do prognóstico. A detecção precoce é o fator “chave” no prognóstico destes doentes, e a prevenção primária do melanoma é fundamental. Sendo assim, torna-se necessário mais estudos sobre o tema para melhoria da capacidade de diagnóstico de especialistas, clínicos gerais e demais profissionais da área.

REFERÊNCIAS

1. Amancio CT, Nascimento LFC. Cutaneous melanoma in the State of São Paulo: a spatial approach. An. Bras. Dermatol. 2014;89(3):442-446.
2. Foletto MC, Haas SE. Cutaneous melanoma: new advances in treatment. An. Bras. Dermatol. 2014;89(2):301-310.
3. Bonfa R et al. A precocidade diagnóstica do melanoma cutâneo: uma observação no sul do Brasil. An. Bras. Dermatol. 2011;86(2):215-221.
4. Satter EK. Amelanotic Melanoma mimicking an atypical fibrohistiocytic lesion. Am J Dermatopathol. 2015;37(6):505-7.
5. Marques AS, Marques MEA, Espósito ACC. Sinais de alerta nas lesões melanocíticas. Rede Câncer [periódico na internet]. 2014 set:36-37 Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/81804600406964de93b7dbb56870bbc2/11_artigo.pdf?MOD=AJPERES
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2016 [acesso em 28 jul 2016]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/norma1.pdf
7. Raquel Bissacotti et al. Dermoscopic clues in the diagnosis of amelanotic and hypomelanotic malignant melanoma. An. Bras. Dermatol. 2012;87(6):920-923.
8. Santos BS, Ribeiro LHS, Ayres EL, Vilar EAG. Comedo-like openings in melanoma. An. Bras. Dermatol. 2014;89(2):344-346.
9. Fernandes NC, Calmon R. Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 42 casos. Na. Bras. Dermatol. 2011;86(6):1233-1235.
10. Rezze GG, Soares de Sá BC, Neves RI. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. An. Bras. Dermatol. 2006;81(3):261-8.

Atualização sobre a classificação das crises convulsivas e síndromes epiléticas

Update on the classification of convulsive seizures and Epilepsy Syndromes

Gilson da Silva Miranda¹, Felipe Monteiro Almeida¹, Fernanda Barboza Mithqal Khalil¹, Lucas Rossato Chrun¹, Larissa Rossato Chrun Costa²

RESUMO

A organização das crises epiléticas e epilepsias vem sendo descrita em classificações organizadas pela Liga Internacional contra a Epilepsia (International League Against Epilepsy, ILAE) desde os anos 60. A partir dessa data, vários relatórios propondo uma reclassificação das crises foram produzidos. Nesse sentido, considerando esses novos estudos, este trabalho teve como objetivo produzir uma revisão bibliográfica sobre os conhecimentos atuais disponíveis quanto a classificação do(s) tipo(s) de crise(s) e quanto à classificação síndrômica. Conforme o novo relatório da ILAE, publicado em 2010, os termos generalizado e focal foram redefinidos. As crises generalizadas passam a ser conceituadas como internas no início e que rapidamente comprometem as redes neuronais bilateralmente distribuídas, ao passo que as crises focais passam a ser conceituadas como internas das redes limitadas a um hemisfério cerebral. As crises focais poderão progredir de forma a envolver ambos os hemisférios e resultar em características convulsivas bilaterais. As principais alterações na nomenclatura oficial da ILAE focaram na categoria etiológica. Os termos “idiopática”, “sintomática” e “criptogênica” foram substituídos pelos termos mais precisos como “genética”, “estrutural” e “metabólica”. Nessa nova classificação, as etiologias subjacentes de muitos casos que anteriormente eram considerados “criptogênicos” foram agora identificados. Alguns avanços foram feitos na compreensão das causas genéticas e de desenvolvimento de epilepsia, graças aos novos recursos tecnológicos disponibilizados nos últimos anos.

Palavras-Chave: Epilepsia. Crises epiléticas. Classificação. Convulsões Generalizadas.

1. Graduando em Medicina pela Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT.
2. Médica Intensivista Pediátrica - Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba/PR.

CORRESPONDÊNCIA

Gilson da Silva Miranda

Departamento de Medicina – UNEMAT. Av. Santos Dumont, S/N, Cidade Universitária, Bairro DNER.

CEP: 78200-000. Cáceres - MT.

E-mail: gilsonsmiranda@yahoo.com.br

ABSTRACT

The organization of seizures and epilepsies crisis has been described in the ratings organized by the International League Against Epilepsy (International League Against Epilepsy, ILAE) since the 60s. From that date, a number of reports suggesting a reclassification of crises were produced. In this sense, considering these new studies, this study aimed to produce a literature review on the current knowledge available concerning the classification of types of crises and how to syndromic classification. As the new report of the ILAE, published in 2010, generalized and focal terms were redefined. The generalized seizures become internal conceptualized as early and quickly commit neural networks distributed bilaterally, while the focal seizures become conceptualized as internal networks of limited to a hemisphere. The focal seizures may progress in order to involve both hemispheres and result in bilateral convulsive features. The main changes in the official nomenclature of the ILAE focused on the etiology category. The terms "idiopathic", "symptomatic" and "cryptogenic" have been replaced by more precise terms AS "genetic", "structural" and "metabolic". In this new classification, the underlying etiologies of many cases that were previously considered " cryptogenic " have now been identified. Some advances have been made in understanding the genetic causes of epilepsy and development, thanks to new technological resources available in recent years.

Keywords: Epilepsy. Epileptic seizures. Classification. Generalized seizures.

INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma doença neurológica, muito comum na população em geral e sobretudo em crianças até os 10 anos. Trata-se de um distúrbio do sistema nervoso que pode interferir abruptamente no comportamento, na percepção, no movimento e na consciência, que por sua vez, pode levar ao comprometimento da qualidade de vida.^{1,2,3}

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016), cerca de cinquenta milhões de pessoas sofrem de epilepsia em todo mundo, e 30% desses pacientes apresentam crises refratárias ao tratamento medicamentoso disponível. Além disso, em torno de três quartos das pessoas com epilepsia vivem em países de baixa e média renda.³ No Brasil, embora os estudos epidemiológicos sejam escassos, estima-se que a epilepsia atinja 2% a 4% das pessoas em diferentes idades e classes sociais.⁴

As crises epiléticas são definidas como manifestações clínicas que refletem disfunção temporária de um conjunto de neurônios. Dependendo da localização, as crises podem ser focais, ou seja, com início em uma região restrita do encéfalo, ou generalizada, quando as descargas se originam concomitantemente nos dois hemisférios.⁵

Durante anos, mesmo entre os especialistas, a distinção entre epilepsia e crises epiléticas permaneceu pouco clara.¹ De modo a facilitar a comunicação entre os profissionais de diversas áreas, a *International League Against Epilepsy* (ILAE) adotou uma definição operacional para a epilepsia em 2014.^{6,7}

Nessa nova definição, a epilepsia passa a ser considerada como uma doença cerebral definida por qualquer uma das seguintes condições, apresentadas pelo paciente conforme^{6,7}:

1. No mínimo duas crises não provocadas (ou reflexivas) que ocorram em um intervalo de 24 horas;
2. Uma crise não provocada (ou reflexiva) e uma probabilidade de outras crises semelhantes ao risco geral de recidiva (no mínimo 60%);
3. Diagnóstico de uma síndrome epilética.

Fazer um diagnóstico de epilepsia de certa forma é desafiador, pois há várias doenças paroxísticas cujo histórico clínico pode ser parecido ao de uma crise epilética e porque não existe uma investigação de diagnóstico definitivo de epilepsia. A precisão do diagnóstico é fundamental, pois um diagnóstico de epilepsia pode ter implicações significativas para pacientes, suas famílias e no tratamento terapêutico.⁸

Na avaliação de uma crise epilética, além de suas características semiológicas, outros fatores como idade do paciente quando da ocorrência da crise, dados do exame físico, padrões eletroencefalográficos e resultados de estudos de imagem precisam ser considerados. Essas informações devem ser reunidas para possibilitar o diagnóstico síndrômico, fundamental para a determinação do prognóstico, bem como, para orientar a necessidade de outros procedimentos diagnósticos e a programação terapêutica.⁹

O conhecimento da síndrome epilética permite ao clínico formular uma hipótese racional sobre a necessidade do tratamento com medicação antiepilética e se assim for, qual delas deve ser escolhida. Portanto, o primeiro passo na avaliação da doença de uma pessoa com crises epiléticas, é a classificação do(s) tipo(s) de crise(s) e em seguida, a classificação síndrômica.⁹

A partir de avanços tecnológicos ao longo dos anos, que promoveram melhor conhecimento das manifestações epilépticas, a ILAE tem trabalhado na construção de novas propostas de classificação das crises epilépticas.¹⁰ Nesse sentido, considerando esses novos estudos, este trabalho teve como objetivo produzir uma revisão bibliográfica sobre os conhecimentos atuais disponíveis quanto a classificação do(s) tipo(s) de crise(s) e quanto à classificação sindrômica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão descritiva produzida a partir da base de dados Medline e da homepage da ILAE. Os trabalhos, relevantes ao assunto, foram selecionados nos idiomas português, inglês e espanhol; por meio dos seguintes descritores: epilepsia e crises epilépticas. Considerou-se como critério de inclusão aquelas bibliografias publicadas entre 2010 a 2016. Um total de vinte e três artigos foram selecionados observando a temática da classificação, etiologia das crises e a classificação das síndromes epilépticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificação das crises epilépticas

As classificações de crises epilépticas e epilepsias foram documentadas pela Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE) a partir da década de 1960 culminando com as classificações mais utilizadas até a presente data; as classificações de 1981 e 1989, respectivamente.^{11, 12, 13}

Em 2001 e 2006 a Comissão de Classificação e Terminologia da ILAE produziu novos relatórios visando rever as classificações das crises.^{14,15} Entretanto, apenas em 2010, com um novo relatório é que se atualizou as classificações das crises, que agora foram melhor elucidadas, graças aos avanços tecnológicos.^{16,17,18}

Segundo os documentos construídos na década de 1980 as epilepsias podem ser classificadas de acordo com sua origem ou com a sua região de início. Em relação à etiologia, elas podem ser divididas em três grupos: as epilepsias sintomáticas, consideradas consequências de uma desordem conhecida ou suspeita do sistema nervoso central. Nestes casos, a localização da anormalidade estrutural correlaciona-se com as manifestações clínicas das crises; as epilepsias idiopáticas, para as quais não há base causal identificada, além de possível predisposição hereditária; as epilepsias criptogênicas que são consideradas sintomáticas, cujas causas não podem ser suficientemente identificadas.^{1, 13, 16}

Conforme a classificação de 1981 as crises eram dispostas em três grupos, de acordo com a forma clínica: as parciais ou focais, as generalizadas e as crises não classificáveis. As crises parciais ou focais, são caracterizadas pela ativação de uma parte do cérebro, sendo subdivididas em crises parciais simples, quando há preservação da consciência e crises parciais complexas, quando há comprometimento da mesma. As crises generalizadas são aquelas em que há envolvimento, desde o início, de amplas áreas

de ambos os hemisférios cerebrais. São consideradas não classificáveis, as crises que não se enquadram nos dois subtipos acima.¹¹

De acordo com a nova proposição da ILAE, publicada em 2010, os termos generalizado e focal foram redefinidos. As crises generalizadas são conceituadas como internas no início e que rapidamente comprometem as redes neuronais bilateralmente distribuídas, ao passo que as crises focais são conceituadas como internas das redes limitadas a um hemisfério cerebral. As crises focais poderão progredir de forma a envolver ambos os hemisférios e resultar em características convulsivas bilaterais.¹⁶ As Tabelas 1 e 2 apresentam a classificação das crises, segundo a ILAE.

Tabela 1: Classificação da ILAE dos tipos de crise ^{8, 16}

CRISES FOCAIS	
Originadas dentro de redes limitadas a um hemisfério	
Classificação quanto as características clínicas. Um ou mais tipos de características podem estar presentes durante qualquer crise focal.	Aura
	Motoras
Localização hemisférica	Autonômicas
	Discognitivas
Localização lobar	Direito
	Esquerdo
	Frontal
	Temporal
	Parietal
	Occipital

Tabela 2: Classificação da ILAE dos tipos de crise ^{8, 16}

CRISES GENERALIZADAS	
Ocorrem em redes neuronais bilateralmente distribuídas que rapidamente as engajam	
Classificação	Tônico-clônica
	Ausência
	- Típica
	- Atípica
	- Ausência com características especiais (Ausência mioclônica, Mioclonia palpebral)
	Clônica
	Tônica
	Atônica
Mioclônica	
	Mioclônica (atônica e tônica)

Conforme Ferrie (2010)¹⁸, embora a maioria das formas de epilepsia sejam caracterizadas por crises epiléticas generalizadas ou focais, é bem reconhecido que nem todos os tipos de epilepsia podem ser classificados como focal ou generalizada. Isso acontece porque algumas síndromes epiléticas permitem a ocorrência de ambas as crises epiléticas, generalizadas e focais, e também, porque, em graus variados, elas podem

compartilhar uma fisiopatologia similar e mecanismos genéticos. Prevendo isso, a Comissão de Classificação e Terminologia da ILAE alega que os conceitos de generalizada e focal não se aplicam a síndromes eletroclínicas.¹⁶

As principais alterações na nomenclatura oficial da ILAE focaram na categorização etiológica. Os termos “idiopática”, “sintomática” e “criptogênica” foram substituídos pelos termos mais precisos “genética”, “estrutural” e “metabólica”. A inclusão das outras categorias etiológicas “imune” e “infecçiosa” encontra-se atualmente em discussão (Tabela 3).^{8, 16, 18, 19}

Tabela 3: Classificação etiológica da epilepsia da ILAE ^{8, 19}

Antiga classificação etiológica da ILAE¹⁴		Nova classificação etiológica proposta da ILAE²⁰	
Idiopática	Uma síndrome apenas de epilepsia, sem lesão cerebral estrutural subjacente nem outros sinais ou sintomas neurológicos. Síndromes de epilepsia que normalmente dependem da idade.	Genética	Epilepsias em que foi comprovada ou em que pode ser deduzida uma etiologia genética. A maioria das epilepsias anteriormente consideradas idiopáticas e atualmente considerada genética.
Sintomática	Epilepsia em que as crises são resultado e processo de doença identificável, como erro ou metabolismo congênito, infecção do sistema nervoso central (SNC) ou lesão cerebral estrutural.	Estrutural	Epilepsias secundárias a uma lesão cerebral estrutural identificável. A(s) lesão(ões) pode(m) ser congênita(s) (por exemplo, lisencefalia) ou adquirida(s) (por exemplo, traumática(s)), estática(s) ou progressiva(s) (por exemplo, neoplasia). Algumas epilepsias estruturais são determinadas geneticamente (por exemplo, esclerose tuberosa)
Criptogênica	Epilepsia em que as crises são tidas como sintomáticas, porém nenhuma etiologia identificável foi identificada.	Metabólica	Epilepsias secundárias à doença metabólica herdada, em que a epilepsia é considerada resultado do distúrbio metabólico.
		Imune	Epilepsias secundárias a um processo patológico mediado pelo sistema imunológico, em que há evidência de inflamação do SNC (por exemplo, encefalite autoimune).
		Infecçiosa	Epilepsias secundárias a uma infecção, como malária cerebral ou encefalite viral.
		Desconhecida	Epilepsias em que nenhuma causa identificável foi encontrada nem pode ser deduzida.

Ferrie (2010)¹⁸, em seu trabalho relata a importância da classificação genética, como etiológica, entretanto defende que esta deve ser restrita aos casos de epilepsias que são um resultado direto de um defeito genético conhecido, em que as convulsões são o

sintoma central da desordem. Assim, para Ferrie (2010)¹⁸, não deve ser incluído nesse grupo os casos que se presume defeito genético, como propõe a Comissão da ILAE.

Classificação das síndromes epilépticas

Uma síndrome epiléptica é definida como um distúrbio epiléptico caracterizado pela presença de sinais e sintomas que usualmente aparecem em conjunto. Os sinais e sintomas podem ser clínicos (como história, tipos de crises e modo de aparecimento das crises, idade de acometimento, achados neurológicos e neuropsicológicos) ou achados de exames complementares, como EEG e estudos de neuroimagem.⁹

É importante conseguir um diagnóstico da síndrome, já que ele pode fundamentar decisões terapêuticas, investigações adicionais e prognóstico. As estimativas da proporção de casos de epilepsia da infância que podem ser diagnosticados com uma síndrome de epilepsia variaram entre 15,7% e 37,1%, dependendo da população incluída.^{21, 22}

As síndromes infantis de epilepsia mais prevalentes parecem ser a epilepsia benigna da infância com espículas centrotemporais (BCECTS), epilepsia ausência da infância (EAI), epilepsia ausência juvenil (EAJ), epilepsia mioclônica juvenil (EMJ) e síndrome de West (SW) (Tabela 4). Muitas das epilepsias que não se encaixam em um diagnóstico sindrômico ainda podem ser descritas em termos de tipos de crise e etiologia.^{8, 20}

Tabela 4: As síndromes de epilepsia da infância encontradas com mais frequência^{8, 20, 23}

Síndrome de epilepsia	Proporção total de epilepsia da infância	Idade de acometimento	Descrição da síndrome
Síndrome de West	2-3%	3-12 meses	Espasmos infantis com hipsarritmia no EEG. Normalmente lesões cerebrais secundárias a estruturais. Normalmente é observado o comprometimento global do desenvolvimento.
Epilepsia ausência da infância	2-5%	8-12 anos	Múltiplas crises ausência por dia em uma criança de outra forma saudável. As ausências podem ser invariavelmente provocadas pela hiperventilação e são associadas a descargas de picos de ondas generalizadas de 2,5-3,5 Hz no EEG
Epilepsia benigna da infância com espículas centrotemporais	3-8%	3-14 anos	Breves crises hemifaciais que podem ser secundariamente generalizadas se ocorrerem no período noturno. O EEG é característico, mostra um histórico normal com ondas acentuadas de elevada amplitude nas regiões centrotemporais, ativadas pela sonolência e pelo sono; 98% das crianças ficam livres das crises sem medicamento até os 18 anos.

Epilepsia ausência juvenil	1-4%	8-20 anos	Crises de ausência típicas relativamente não frequentes, bem como crises convulsivas generalizadas em uma criança ou jovem adulto de outra forma normal. As descargas epileptiformes generalizadas são vistas no EEG interictal.
Epilepsia mioclônica juvenil	5-11%	8-25 anos	Crises mioclônicas frequentes mais proeminentes de manhã em uma criança ou jovem adulto de outra forma normal. A maioria dos pacientes também tem crises convulsivas generalizadas. As descargas epileptiformes generalizadas são vistas no EEG interictal.

Conforme Ferrie (2010)¹⁸, o relatório atual lista síndromes epiléticas por idade de início. Isso funciona para algumas, mas é completamente insatisfatório para outras, por exemplo: Progressive myoclonus epilepsies (PME) é listada como, a partir de adolescentes/adultos, mas há casos de PMEs importantes em todas as faixas etárias.

De acordo com a proposta da comissão da ILAE as síndromes devem estar organizadas do seguinte modo:

- **Síndrome eletroclínicas:** A partir de agora, o uso do termo “síndrome” será restrito a um grupo de entidades clínicas que são identificadas de forma confiável por um aglomerado de características eletroclínicas. Pacientes cuja epilepsia não se encaixe nos critérios para uma síndrome eletroclínica específica podem ser descritos em relação a uma variedade de fatores de relevância clínica (por exemplo, etiologia conhecida e tipos de crises). Isto não significa, no entanto, fornecer um diagnóstico (sindrômico) preciso de cada epilepsia.¹⁶

- **Constelações distintas / síndromes cirúrgicas:** Além das síndromes eletroclínicas com fortes componentes genéticos e do desenvolvimento, há uma série de entidades que não são exatamente síndromes eletroclínicas no mesmo sentido, mas que representam constelações clinicamente distintas, com base em lesões específicas ou outras causas. Estas são diagnosticamente formas significativas de epilepsia e podem ter implicações para o tratamento clínico, particularmente a cirurgia. Incluem a Epilepsia do lobo temporal mesial (com esclerose do Hipocampo), Crises gelásticas com hamartoma Hipotalâmico, Epilepsia com hemiconvulsão e hemiplegia, e "Síndrome" de Rasmussen. A idade na apresentação da síndrome não é uma característica definidora desses transtornos, no entanto eles são suficientemente distintos para serem reconhecidos como entidades diagnósticas relativamente específicas.¹⁶

- **Epilepsias estruturais/metabólicas:** Este grupo inclui epilepsias secundárias a lesões ou condições específicas estruturais ou metabólicas, mas que não se enquadram num padrão específico eletroclínico. Portanto, esses grupos representam um menor nível de especificidade em relação aos dois últimos grupos.¹⁶

- **Epilepsias de causa desconhecida:** epilepsias que no passado, eram chamadas “criptogênicas” e que passaram a ser designadas como sendo de causa “desconhecida”.¹⁶

Algumas síndromes epiléticas, designadas síndromes epiléticas “catastróficas” da criança, podem evoluir catastroficamente, não só pela refratariedade das crises, mas também pelo importante impacto no desenvolvimento cognitivo e neuromotor dos pacientes. Entre estas síndromes, destacam-se os espasmos infantis, a Síndrome de Sturge - Weber, e a Síndrome de Rasmussen, inicialmente descrita como uma encefalite crônica.¹⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório da Comissão de Classificação e Terminologia da ILAE, apresentado em 2010, produziu um grande debate entre a comunidade científica, o que é importante, uma vez que fortalece as discussões e aprimora as propostas apresentadas.

Vale ressaltar que é de fundamental importância construir um relatório com representatividade, pois este influencia e norteia a forma como médicos e cientistas conceituam, diagnosticam e tratam os diferentes distúrbios.

Nessa nova classificação as etiologias subjacentes de muitos casos que anteriormente eram considerados "criptogênicos" foram agora identificados. Alguns avanços foram feitos na compreensão das causas genéticas e de desenvolvimento de epilepsia, graças aos novos recursos tecnológicos disponibilizados nos últimos anos.

REFERÊNCIAS

1. Soares, Rosa MBG. Contributo de um programa de competências de leitura e escrita para um jovem com síndrome de Rasmussen [dissertação]. Coimbra: (Mestrado em Educação Especial) Departamento de Educação, Escola Superior de Educação de Coimbra; 2013. 113p.
2. Goldberg EM. & Coulter DA. Mechanisms of epileptogenesis: a convergence on neural circuit dysfunction. *Nat Rev Neurosci.* 2013; 14(5):337–49. doi: 10.1038/nrn3482.
3. WHO. Epilepsy [online]. [atualizada em 2016; acesso em 25-07-2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html>.
4. Marchetti, RL et al. Transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005; 32(3):170-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300009>
5. Fernandes, Maria JS. Epilepsia do lobo temporal: mecanismos e perspectivas. *Estud Av.* 2013; 27(77):85-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000100007>
6. International League Against Epilepsy (ILAE). Definition of Epilepsy [online]. USA; [atualizada em 2014; acesso em 25-07-2016]. Disponível em: <http://www.ilae.org/Visitors/Centre/Definition-2014.cfm>.
7. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55(4):475-82. doi:10.1111/epi.12550
8. Zuberi SM, Symonds JD. Atualização sobre o diagnóstico e tratamento de epilepsias da infância. *J Pediatr (Rio J).* 2015;91(6):S67-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.07.003>.

Anais Vol. 1 (2016): I Congresso Internacional de Medicina da UNEMAT - Medicina Baseada em Evidências, Cáceres/MT, Brasil, 9-11 Setembro 2016, Faculdade Ciências da Saúde / Cidade Universitária, Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT.

9. Yacubian EMT. Proposta de Classificação das Crises e Síndromes Epilépticas. Correlação Videoeletrencefalográfica. *Rev Neurociências* 2002; 10(2):49-65.

10. Shorvon SD. The causes of epilepsy: Changing concepts of etiology of epilepsy over the past 150 years. *Epilepsia* 2011; 52(6):1033–44. doi:10.1111/j.1528-1167.2011.03051.x.

11. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22(4):489-501.

12. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30(4):389–99.

13. Guilhoto, Laura MFF. Revisão terminológica e conceitual para organização de crises e epilepsias: relato da Comissão da ILAE de Classificação e Terminologia, 2005-2009. *Novos Paradigmas? J epilepsy clin neurophysiol.* 2011;17(3):100-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-26492011000300005>.

14. Engel J Jr, International League Against Epilepsy (ILAE). A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia* 2001; 42(6):796-803.

15. Engel J Jr. Report of the ILAE classification core group. *Epilepsia* 2006; 47(9):1558–68. doi:10.1111/j.1528-1167.2006.00215.x

16. Berg AT, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia* 2010; 51:676-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02522.x>

17. Shorvon SD, Guerrini R. Acute symptomatic seizures - Should we retain the term? *Epilepsia* 2010; 51(4):722–3. doi: 10.1111/j.1528-1167.2010.02501.x

18. Ferrie CD. Terminology and organization of seizures and epilepsies: radical changes not justified by new evidence. *Epilepsia* 2010; 51:713–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02540.x>

19. Shorvon SD. The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia* 2011;52(6):1052–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2011.03041.x>

20. International League Against Epilepsy [online]. USA; [atualizada em 2015; acesso em 26-07-2016]. Disponível em: <https://www.epilepsydiagnosis.org/>.

21. Khoo TB. Classification of childhood epilepsies in a tertiary pediatric neurology clinic using a customized classification scheme from the international league against epilepsy 2010 report. *J Child Neurol.* 2013; 28(1):56-9. doi:10.1177/0883073812439623

22. Wirrell EC, Grossardt BR, Wong-Kisiel LC, Nickels KC. Incidence and classification of new-onset epilepsy and epilepsy syndromes in children in Olmsted County, Minnesota from 1980 to 2004: a population-based study. *Epilepsy Res.* 2011;95(1-2):110-8. doi: 10.1016/j.epilepsyres.2011.03.009

23. Beghi M, Beghi E, Cornaggia CM, Gobbi G. Idiopathic generalized epilepsies of adolescence. *Epilepsia* 2006; 47(suppl 2):107-10. doi:10.1111/j.1528-1167.2006.00706.

Alterações oculares em recém-nascidos com microcefalia e suspeita associação ao Zika vírus: revisão sistemática

Congenital ocular finds in children with microcephaly and suspected association to Zika virus: a systematic review

Maurício Akira Kimura Nakamura¹, Heloísa Miúra²

RESUMO

Introdução: o Zika vírus (ZIKV), arbovírus pertencente ao gênero Flavivirus (família Flaviviridae), tem sido associado a casos de microcefalia e lesões oculares em crianças nascidas de mães por ele infectadas. **Objetivo:** revisar sistematicamente estudos sobre a relação do ZIKV com casos de lesões oftalmológicas em crianças nascidas com microcefalia e gestadas por mães com suspeita e/ou confirmação de infecção pelo ZIKV. **Método:** uma revisão sistemática da literatura foi feita a partir de buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no PubMed. Para a localização de artigos, foram considerados os termos "zika virus", "zika", "microcefalia", "microcephaly", "ojo", "olho", "eye" e "ocular" sem delimitação de data, de forma a incluir as publicações que tratassem do tema nos idiomas português, espanhol e inglês. **Resultados:** Foram encontrados 18 estudos associando casos de infecção por ZIKV, microcefalia e alterações oftalmológicas. Todos datam de 2016, estão no idioma inglês e foram selecionados para a revisão sistemática. A partir desses artigos, outras quatro referências citadas pelos autores e relevantes para a discussão também foram incluídas, além do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde brasileiro mais recente sobre casos de microcefalia no país, totalizando 23 referências. Cinco pesquisas, todas desenvolvidas no Brasil, são relatos de caso que correlacionam o ZIKV a alterações oftalmológicas em crianças com microcefalia. O mecanismo, no entanto, não está esclarecido. As anomalias oculares concentram-se na mácula e no nervo óptico. Outros 12 estudos analisam esses relatos e discutem como a microcefalia e o ZIKV causariam as alterações oculares. Não existe um consenso entre os pesquisadores sobre se as lesões oculares são causadas diretamente pelo ZIKV ou pela microcefalia. Alguns autores defendem que anormalidades oculares podem, inclusive, ser causadas por um mecanismo dualitário. Considerações finais: como o mecanismo das lesões oculares não está completamente estabelecido neste contexto, a recomendação é que todas as crianças com microcefalia sejam submetidas a exames oftalmológicos. Para pesquisas futuras, o desafio é comprovar o mecanismo que leva às alterações oculares e a relação com o ZIKV e com a microcefalia.

Palavras-chave: Zika Virus. Infecção pelo Zika virus. Microcefalia. Anormalidades do Olho.

1. Acadêmico de Medicina da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), integrante da Liga Acadêmica de Oftalmologia (LAO).
2. Médica, Especialista em Oftalmologia, Professora do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) e do Programa de Residência Médica em Oftalmologia do Centro Oftalmológico de Cáceres (COC), e orientadora da Liga Acadêmica de Oftalmologia (LAO).

Correspondência

Maurício Akira Kimura Nakamura – UNEMAT – Departamento de Medicina
Av. Santos Dumont, S/N, Cidade Universitária, Bairro DNER. CEP: 78200-000. Cáceres - MT.
E-mail: mauricio_akira@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Zika virus (ZIKV) is a member of the virus family *Flaviviridae* and the genus *Flavivirus*, and it has been associated with microcephaly cases and eye damage in children born to infected mothers. **Objective:** systematically review studies about ZIKV and its relation to eye injury cases in children born with microcephaly and gestated for mothers with suspected and/or confirmed infection by ZIKV. **Method:** a Systematic Literature Review was made from searches in the Virtual Health Library (BVS) and PubMed. The terms considered were "zika virus", "zika", "microcefalia," "microcephaly," "ojo", "olho", "eye" and "ocular" unbounded data in order to include all publications about these theme in Portuguese, Spanish and English. **Results:** there were found 18 studies about ZIKV infection cases, microcephaly and ocular abnormalities. All date from 2016, are wrote in English language and were selected for this Systematic Review. From these articles, there were selected others four relevant cited articles. Also the Epidemiological Bulletin of the Brazilian Ministry of Health about microcephaly cases in the country were included, totaling 23 references. Five studies, all developed in Brazil, are case reports of ZIKV and ocular abnormalities in children with microcephaly. The mechanism is not clear yet. Ocular anomalies are concentrated in the macula and optic nerve. Other 12 studies analyzed those case reports and discussed how microcephaly and ZIKV could cause ocular abnormalities. There is no consensus among researchers if the eye injuries were directly caused by ZIKV or microcephaly. Some authors believe ocular abnormalities may even be caused by a dual mechanism. **Final considerations:** as the mechanism of eye injuries is not completely established in this context, the recommendation to all children with microcephaly is to submitted to ophthalmologic examination. Future research challenge is to prove the mechanism which leads to ocular abnormalities and how ZIKV and microcephaly could be involved.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto atual de Zika vírus (ZIKV) uma emergência de saúde pública de preocupação internacional. Acredita-se que milhões de pessoas no Brasil possam ter sido infectadas, e que o vírus, por sua vez, tenha se espalhado no continente americano, sendo transmitido principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*¹. Há possível transmissão também por relação sexual e leite materno^{2,3,4}.

Apesar do surto, a infecção raramente leva à óbito e pode ser assintomática ou manifestar-se por febre de curta duração, erupção cutânea inespecífica e dor nas articulações¹. Ocorre que casos de alterações neurológicas têm sido associados ao vírus, em especial microcefalia em recém-nascidos de mães infectadas no período gestacional e síndrome de Guillain-Barré (GB)⁵.

Sobre a microcefalia, no Brasil, desde outubro de 2015 foram notificados 7.936 casos suspeitos. Em julho de 2016, foram confirmados 1.749 casos e outras alterações do sistema nervoso. Outros 3.062 casos permanecem em investigação⁶.

A preocupação com os casos de microcefalia motivou pesquisadores de diversos países a descobrir como o ZIKV provoca teratogênese em crianças gestadas por mulheres que contraíram o vírus durante a gravidez. A partir dessas pesquisas, novos achados foram documentados, e começaram a ser publicados em 2016 em diferentes artigos, relacionando a infecção materna por ZIKV a casos de microcefalia congênita com alterações também oftalmológicas.

A hipótese de que o ZIKV possa ter relação com as lesões oculares parte do pressuposto que o ZIKV é um arbovírus pertencente ao gênero flavivirus da família *Flaviviridae*, (vírus RNA envelopados^{7,8}). Tem comprovada causa de microcefalia e aumento da morte celular em modelo murino – fato que poderia acarretar prejuízos ao desenvolvimento neurológico⁸. Sabe-se, também, que outro flavivirus, o vírus do Nilo Ocidental (*West Nile Virus* ou WNV), pode causar alterações oftalmológicas, como neurite óptica e coriorretinite multifocal. Em infecção durante a gravidez, o WNV pode ser causa de teratogenicidade, incluindo coriorretinite bilateral e anormalidades cerebrais nos fetos^{2,9}.

As alterações oculares causadas a partir da infecção congênita por ZIKV em crianças com microcefalia não estão completamente elucidadas¹. Considerando esse fator e a condição de estudos recentes seguidamente publicados sobre essa questão, faz-se necessária revisões constantes e pesquisas aprofundadas sobre o tema.

MÉTODOS

Uma revisão sistemática da literatura foi feita a partir de buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no PubMed. Para a localização de artigos, foram considerados os termos "zika virus", "zika", "microcefalia", "microcephaly", "ojo", "olho", "eye" e "ocular" sem delimitação de data, de forma a incluir as publicações que tratassem do tema nos idiomas português, espanhol e inglês.

RESULTADOS

Foram encontrados 18 registros associando casos de infecção por ZIKV, microcefalia e alterações oftalmológicas. Todos estão no idioma inglês e foram selecionados para a revisão sistemática. A partir desses artigos, outras quatro referências citadas pelos autores e relevantes para a discussão também foram incluídas, além do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde brasileiro mais recente sobre casos de microcefalia no país, totalizando 23 referências.

Os estudos mostram que o primeiro isolamento de ZIKV ocorreu na Uganda, em 1947, a partir do sangue de macaco rhesus da floresta Zika. A primeira transmissão natural de ZIKV entre humanos data de 1964. Desde então, foram registrados casos na Nigéria, Serra Leoa, Gabão, Senegal, Uganda, Paquistão, Indonésia, Malásia e Micronésia. Em 2013, ocorreu surto na Polinésia Francesa, e depois em Ilhas Cook, Ilha de Páscoa e Vanuatu. Dois anos depois foi a vez do Brasil⁷. O primeiro caso de infecção por ZIKV no país ocorreu na Bahia, mas o maior número de notificações foi em Pernambuco². Depois do Brasil, o ZIKV espalhou-se então pelas américas do Sul, Central e México⁷.

Por muitos anos, os pesquisadores acreditaram que o ZIKV causava apenas sintomas passageiros. Em 2015, médicos brasileiros da região nordeste observaram o aumento dos casos de microcefalia por meio dos exames de ultrassom em gestantes, e a associação com o ZIKV partiu do interrogatório sintomatológico e das evidências epidemiológicas de circulação do vírus na região durante aquele ano¹⁰. Estes detalhes da gestação foram complementados pela descoberta de genoma do ZIKV no cérebro dos fetos^{4,11}.

Os casos de microcefalia levaram a novos estudos em diferentes países, os quais, por sua vez, apontaram a relação entre a infecção pelo ZIKV a outros efeitos em recém-nascidos. Por isso, a OMS alerta para uma possível síndrome congênita ligada ao ZIKV¹⁰. Por exemplo, por causa dos riscos ainda não estabelecidos e devido à complexidade do quadro, Valentine et al.¹² explicam que o *US Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) atualmente recomenda que neonatos com suspeita de infecção por ZIKV façam exame de triagem auditiva ao nascer a aos 6 meses de idade, mesmo que ainda não existam estudos correlacionando perda auditiva em crianças com microcefalia¹².

A respeito das alterações oftalmológicas, já existem relatos correlacionando os achados ao ZIKV. Acredita-se que este vírus cause lesões durante o primeiro ou segundo trimestre de gravidez¹. O mecanismo, no entanto, não está completamente esclarecido.

Ressalta-se que, nos primeiros dias da infecção pelo ZIKV, a reação de polimerase em cadeia (do inglês *polymerase chain reaction* ou PCR) em tempo real é a única forma de detectar o vírus. Esse exame não é útil para encontrar o ZIKV em recém-nascidos. Assim, a suspeita de infecção pelo vírus costuma ser cogitada a partir de dados clínicos, com possível associação também por meio do achado do anticorpo IgM².

É possível estabelecer uma cronologia dos achados oftalmológicos em crianças com microcefalia nascidas de mães com suspeita de infecção pelo ZIKV durante o período gestacional. Ventura et al.¹³ relataram em janeiro de 2016 os casos de três crianças com microcefalia, nascidas após o surto de ZIKV no Brasil, submetidas à fundoscopia e com achados oculares unilaterais na região macular, com manchas e perda de reflexo foveal.

Em uma das crianças foi documentada pelos pesquisadores atrofia neuroretiniana macular bem definida. Os autores afirmam que este é "o primeiro relatório de achados oculares em crianças com microcefalia nascidas após a eclosão do ZIKV"¹³.

Na edição de janeiro/fevereiro de 2016 do periódico *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, Ventura et al.¹⁴ publicaram novo estudo sobre dez lactentes com diagnóstico clínico presumido de microcefalia relacionada à ZIKV, e que apresentavam anormalidades oculares. As crianças haviam nascido entre maio e dezembro de 2015. Após exames, foram observadas anormalidades como "alterações de mácula, com depósito pigmentar grosseiro e/ou atrofia coriorretiniana em 15 olhos". Os autores também relataram alterações do nervo óptico, com "hipoplasia do disco com sinal do duplo anel, palidez e/ou aumento da escavação papilar em nove olhos"¹⁴.

Em fevereiro de 2016, Paula de Freitas et al.² publicaram um estudo com amostragem mais abrangente, feito em Salvador, o qual é referência para grande parte de outros autores com estudos posteriores sobre o tema. Este relato mostra casos de 29 crianças com microcefalia, sendo que 23 das mães relataram sintomas suspeitos de ZIKV durante a gravidez. Foram encontradas alterações oculares em 10 pesquisados, sendo sete com doença bilateral. Os achados mais comuns foram manchas de pigmento focal da retina, atrofia coriorretiniana e anormalidades do nervo óptico. Não foram identificadas uveítes e vasculites². Para Beckham et al.⁷, estes resultados servem de base para se acreditar que a infecção por ZIKV em recém-nascidos pode causar doença ocular significativa, e, por isso, as crianças nascidas de mães sintomáticas de infecção por ZIKV devem ser rastreadas com exames oftalmológicos⁷.

Em maio de 2016, Ventura et al.¹⁵ publicaram estudo transversal sobre achados oftalmológicos em crianças com microcefalia nascidas de mães infectadas pelo ZIKV durante a gravidez. A pesquisa com 40 crianças foi feita no Recife entre maio e dezembro de 2015, e 22 apresentaram achados oftalmológicos (destas, 14 tinham infecção pelo ZIKV confirmada por meio de exame de líquido cefalorraquidiano utilizando IgM e método ELISA (MAC-ELISA). De acordo com os autores, "trinta e sete olhos (46,3%) apresentaram alterações oftalmoscópicas". Também foi observado que grupos de crianças com achados oculares tinham média de perímetro cefálico de 28,8 cm, e sem achados, de 30,3 cm. Alterações de fundo de olho foram vistas em 37 olhos, sendo bilateral em 15, e em 25 houve alterações do nervo óptico. Em 5 crianças apenas o nervo óptico foi afetado, e 7 tiveram alterações apenas na mácula¹⁵.

Em agosto de 2016, Miranda et al.¹⁶ publicaram estudo retrospectivo de três casos de suspeita de infecção congênita pelo ZIKV com microcefalia e maculopatia. As crianças são três meninos nascidos de mães com sintomas de síndrome viral no primeiro trimestre de gravidez. Todas eram provenientes da região Nordeste do Brasil, de áreas com epidemia de ZIKV. Ao exame ocular foram confirmadas maculopatia pigmentar, atrofia macular coriorretinal com desenvolvimento de hiperpigmentação de anel, retinopatia pigmentar leve bilateral, tortuosidade vascular no fundo do olho, lesões ovais com caudas pontiagudas temporais na fóvea, cessação antecipada dos vasos da retina, entre outros. Para os autores, considerando os achados, "qualquer criança com suspeita de infecção e sintomas oculares deve ser encaminhada à avaliação oftalmológica"¹⁶.

DISCUSSÃO

As anomalias oculares concentram-se na mácula e no nervo óptico⁴. Destaca-se que todos os relatos clínicos de alterações oftalmológicas foram produzidos e publicados a partir de exames promovidos por pesquisadores do Brasil. Os demais artigos trazem análises e considerações a respeito dos tais resultados apresentados.

Os estudos analisados nesta revisão sistemática também relacionam o ZIKV a casos de recém-nascidos com microcefalia. Faz-se necessário, porém, destacar que microcefalia não é, em si, uma doença, mas uma condição física decorrente de alterações cerebrais neurodegenerativas¹⁷.

Não existe um consenso entre os pesquisadores sobre se as lesões oculares são causadas diretamente pelo ZIKV ou pela microcefalia^{18,19}. As anormalidades oculares podem, inclusive, ser causadas por um mecanismo dualitário, ou seja, a microcefalia, secundária ao ZIKV, causaria as anormalidades, assim como o ZIKV pode, paralelamente, induzi-las¹⁹.

Moshfegui et al.¹⁸ explicam que, nos últimos 50 anos, foram documentados casos esporádicos e hereditários de microcefalia associada a alterações oculares, como a maculopatia pigmentada, a atrofia coriorretiniana circunscrita e as anormalidades de nervo óptico, descritas, segundo Moshfegui et al., em estudos de McKusick et al.²⁰, em 1996, e Atchaneeyasakul et al.²¹, em 1998. Esses achados são semelhantes aos atribuídos a pacientes com possível ou confirmada infecção pelo ZIKV. Moshfegui et al.¹⁸ explicam, também, que a microcefalia tem sido associada, entre outros, a microcórnea, microftalmia, catarata, displasia da retina, vasculatura fetal persistente, nistagmo, e hipermetropia, e, por todos esses resultados, seria possível pressupor que "os achados oculares descritos como um resultado direto da infecção pelo ZIKV possam ser secundários à microcefalia"¹⁸.

Jampol e Golstein¹⁷, entretanto, discordam desta versão. Para os autores, a neurodegeneração relacionada à microcefalia pode ser causada por alterações genética, metabólica, infecciosa e traumática. Microcefalia e anormalidades da retina normalmente aparecem juntas, porém, os autores acreditam que a microcefalia por si, especialmente a de causa genética, não leve às anormalidades¹⁷.

Para Valentine et al.¹², "as associações espaciais e temporais de microcefalia, anormalidades oftalmológicas, e outras anomalias com a epidemia ZIKA sugerem fortemente causalidade"¹².

Bullerdiek et al.¹¹, por sua vez, sugerem que a microcefalia associada a anormalidades oculares seja causada pela capacidade do ZIKV de interferir no fuso mitótico das células de tronco neuronais. Consideram que as crianças nascidas com esses achados físicos são fenocópias de síndromes conhecidas, causadas por microcefalia primária associada à disfunção de proteínas do centrôssomo em controlar a mitose¹¹.

A própria relação entre a ZIKV e a microcefalia é ainda questionada por alguns autores. Sabe-se que o estudo publicado na *Nature*⁸ comprova que o ZIKV causa microcefalia em modelo murino, porém, essa associação ainda é tema de debates para parte dos pesquisadores da área¹⁹.

A respeito do comportamento do ZIKV no organismo, experimentos em modelos murinos comprovaram o tropismo do vírus com os tecidos do cérebro. Em humanos, Mawson³ propõe que o ZIKV cause inflamação hepática, resultando em hipervitaminose A. Os níveis elevados da vitamina A causariam apoptose de células nervosas e defeitos oculares³.

Como o mecanismo das lesões oculares não está completamente estabelecido no contexto de pacientes com microcefalia e possível infecção por ZIKV, a recomendação é que todas as crianças com microcefalia sejam submetidas a exames oftalmológicos. McCarthy²², por exemplo, destaca que os pesquisadores Jampol e Goldstein, de Chicago (EUA)^{1,17}, e Belfort e equipe da Universidade de São Paulo (Brasil)^{2,19}, concordam que, “em áreas onde o ZIKV está presente, os médicos devem realizar exames oftalmológicos em todos os bebês microcéfalos”²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com o ZIKV deve-se à dificuldade de diagnóstico, em parte pelos casos assintomáticos e também porque nem sempre os pacientes têm acesso a exames laboratoriais que confirmem a infecção.

No Brasil, por exemplo, não há precisão no número de casos de infecção por ZIKV, pois acredita-se que 80% destes sejam assintomáticos. Os sintomáticos, por sua vez, têm manifestação clínica cujo diagnóstico diferencial são dengue e chikungunya².

Além disso, não existe medicamento anti-viral ou vacina disponível, apenas medidas preventivas contra o principal vetor, *Aedes aegypti*⁵. Acrescenta-se, ainda, que o ZIKV pode ser transmitido por outros mosquitos vetores do gênero *Aedes*⁷.

Como existe documentado o risco de lesão oculares em recém-nascidos com microcefalia e suspeita de infecção por ZIKV, ressalta-se a importância da realização de exames oftalmológicos nessas crianças, em especial a fundoscopia. Para Jampol e Goldstein¹, no entanto, ainda não é o momento de sugerir triagem oftalmológica de todos os nascidos em áreas epidêmicas, pois é preciso, antes, elucidar se as alterações oculares de fato ocorrem na ausência de microcefalia.

Ventura et al.²³ destacam que crianças sem microcefalia também podem ter sido contaminadas, durante o período gestacional, pelo ZIKV. A preocupação é que essas crianças possam desenvolver alterações oculares mesmo sem apresentar microcefalia. Por isso, as autoridades de saúde pública deveriam fornecer triagem fundo de olho para os lactentes com casos suspeitos de infecção pelo vírus, uma vez que não se tem confirmado o mecanismo causal de tais alterações e pelo fato de que a microcefalia é critério de inclusão para o exame oftalmológico²³.

Para pesquisas futuras, o desafio é comprovar o mecanismo que leva às alterações oculares e a relação com o ZIKV e com a microcefalia. Conforme destaca Moshfeghi et al.¹⁸, os pesquisadores tendem, com os estudos, a obter mais conhecimento a respeito do ZIKV e do possível mecanismo duplo de desencadeamento das lesões oftalmológicas.

Anais Vol. 1 (2016): I Congresso Internacional de Medicina da UNEMAT - Medicina Baseada em Evidências, Cáceres/MT, Brasil, 9-11 Setembro 2016, Faculdade Ciências da Saúde / Cidade Universitária, Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT.

REFERÊNCIAS

1. Jampol LM, Goldstein DA. Zika Virus Infection and the Eye. *JAMA Ophthalmol.* 2016;134(5):535-536. doi:10.1001/jamaophthalmol.2016.0284.
2. de Freitas BP, Dias JRO, Prazeres J, Sacramento GA, Ko AI, Maia M, Belfort R. Ocular Findings in Infants With Microcephaly Associated With Presumed Zika Virus Congenital Infection in Salvador, Brazil. *JAMA Ophthalmol.*2016;134(5):529-535. doi:10.1001/jamaophthalmol.2016.0267
3. Mawson AR. Pathogenesis of Zika Virus-Associated Embryopathy. *BioResearch Open Access.* 2016;5(1):171-6. doi: 10.1089/biores.2016.0004
4. Slenczka W. 2016. Zika Virus Disease, p 163-173. In Scheld W, Hughes J, Whitley R (ed), *Emerging infections 10.* ASM Press, Washington, DC. doi: 10.1128/microbiolspec.EI10-0019-2016
5. Jamil Z, Wahee Y, Durrani TZ. Zika virus, a pathway to new challenges. *Asian Pac J Trop Med* 2016 Jul;9(7):626-9. doi:10.1016/j.apjtm.2016.05.020
6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim: Microcefalia: 1.749 casos confirmados no Brasil [acesso em 27 jul 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/24769-microcefalia-1-749-casos-confirmados-no-brasil>.
7. Beckham JD, Pastula DM, Massey A, Tyler KL. Zika Virus as an Emerging Global Pathogen - Neurological Complications of Zika Virus. *JAMA Neurology* May 2016;E1-5. doi:10.1001/jamaneurol.2016.0800
8. Cugola FR, Fernandes IR, Russo FB, Freitas BC, Dias JLM, Guimarães KP et al. The Brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. *Nature* May 2016; 534: 267–271.
9. Alpert SG, Ferguson J, Noel LP. Intrauterine West Nile virus: ocular and systemic findings. *American journal of ophthalmology* 2003;136:733-5.
10. Vogel G. Experts fear Zika's effects may be even worse than thought. *Science* jun 2016;352(6292):1375-6. doi: 10.1126/science.352.6292.1375
11. Bullerdiek J, Doutzauer A, Bauer I. The mitotic spindle: linking teratogenic effects of Zika virus with human genetics? *Molecular Cytogenetics* 2016;9:32. doi:10.1186/s13039-016-0240-1
12. Valentine G, Marquez L, Pammi M. Zika Virus-Associated Microcephaly and Eye Lesions in the Newborn. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2016 Jul;1-6. doi: 10.1093/jpids/piw037
13. Ventura CV, Maia M, Bravo-Filho V, Góis A, Belfort Jr R. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. *The Lancet* 2016 Jan;387(10015):228. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00006-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00006-4).
14. Ventura CV, Maia M, Ventura BV, Linden VVD, Araújo EB, Ramos RC et al . Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2016 Jan/Feb;79(1):1-3. <http://dx.doi.org/10.5935/0004-2749.20160002>.
15. Ventura CV, Maia M, Travassos SB, Martins TT, Patriota F, Nunes ME et al. Risk Factors Associated With the Ophthalmoscopic Findings Identified in Infants With Presumed Zika Virus Congenital Infection. *JAMA Ophthalmol.* 2016 May. doi:10.1001/jamaophthalmol.2016.1784.

Anais Vol. 1 (2016): I Congresso Internacional de Medicina da UNEMAT - Medicina Baseada em Evidências, Cáceres/MT, Brasil, 9-11 Setembro 2016, Faculdade Ciências da Saúde / Cidade Universitária, Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT.

16. Miranda HA, Costa MC, Frazão MAM, Simão N, Franchischini S, Moshfeghi DM. Expanded Spectrum of Congenital Ocular Findings in Microcephaly with Presumed Zika Infection. *American Academy of Ophthalmology* 2016 Aug;123(8):1788-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2016.05.001>

17. Jampol LM, Golstein DA. Zika Virus, Microcephaly, and Ocular Findings – Reply. *JAMA Ophthalmol* [acesso em 25 jul 2016]. Disponível em: <http://archophth.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2526358>. doi:10.1001/jamaophthalmol.2016.1307

18. Moshfeghi DM, de Miranda H, Costa M. Zika Virus, Microcephaly, and Ocular Findings. *JAMA Ophthalmol*. 2016 June;E1. doi:10.1001/jamaophthalmol.2016.1303.

19. Belfort Jr R, Freitas BP, Dias JRO. Zika Virus, Microcephaly, and Ocular Findings – Reply. *JAMA Ophthalmol* [acesso em 25 jul 2016]. Disponível em: <http://archophth.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2526357>. doi:10.1001/jamaophthalmol.2016.1305

20. McKusick VA, Stauffer M, Knox DL, Clark DB. Chorioretinopathy with hereditary microcephaly. *Arch Ophthalmol*.1966;75(5):597-600.

21. Atchaneeyasakul LO, Linck L, Weleber RG. Microcephaly with chorioretinal degeneration. *Ophthalmic Genet*. 1998;19(1):39-48.

22. McCarthy Michael. Severe eye damage in infants with microcephaly is presumed to be due to Zika virus. *BMJ* 2016 Feb;352:i855. doi:10.1136/bmj.i855

23. Ventura C, Maia M, Dias N, Ventura O, Belfort Jr R. Zika: neurological and ocular findings in infant without microcephaly. *Lancet* 2016 Jun;387:2502. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30776-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30776-0).

Uso de fórmula de aminoácido na proctite alérgica

Evanice Menezes Marçal Vieira, Rafael Pimentel Saldanha, Aillyn Fernanda Bianchi, Marina Pimentel Saldanha, Celso Taques Saldanha

Introdução: Proctite alérgica é uma enfermidade de cólon distal (colite focal ou difusa), não IgE- mediada, caracterizada por evacuações amolecidas com sangue e muco e que surge nos primeiros meses de vida, sendo frequentemente provocada pela sensibilização às proteínas heterólogas do leite de vaca. **Objetivo:** Descrever caso clínico de proctite alérgica ocasionada pela sensibilização ao leite de vaca, em que a fórmula de aminoácido foi a terapêutica mais compatível no controle dessa enfermidade. **Relato de caso:** Genitora refere em consulta especializada que seu filho, masculino, 11 meses de idade, pré-termo (IG = 36 semanas), nascido de parto normal e que, mesmo sob aleitamento materno exclusivo, começou a apresentar cólicas intensas desde os primeiros meses de vida, sendo que aos 3 meses teve episódio de evacuação com sangue. Foi diagnosticado proctite alérgica e excluído leite de vaca e derivados para a mãe, com sucesso terapêutico. Aos 4 meses de vida, a criança começou a receber fórmula à base de proteínas extensamente hidrolisadas e, no sexto mês, mesmo sob uso desse hidrolisado proteico e com severa restrição ao leite de vaca e seus derivados no cardápio alimentar, detectou-se novamente evacuações com sangue. Optou-se pela retirada da fórmula e, posteriormente, foi oferecido fórmula de aminoácido. Dosagens de IgE específicas (método da quimioluminescência) para alfa-lactalbumina, beta-lactoglobulina e caseína foram indetectáveis. Ao exame físico, observou-se lactente saudável, tendo apenas discretos eczemas em face e tronco. Pais atópicos (rinites alérgicas) foram orientados em manter a fórmula de aminoácido para a criança. **Discussão:** Segundo a literatura, a maioria das crianças com proctite alérgica, doença induzida caracteristicamente por alérgenos do leite de vaca, apresentam boa resposta clínica às fórmulas extensamente hidrolisadas (além da exclusão do leite), enquanto que a minoria necessita de dieta à base de aminoácidos no manejo terapêutico dessa enfermidade. **Considerações finais:** Certamente, a prematuridade (cuja mucosa intestinal torna-se mais vulnerável em desenvolver alergia ao leite de vaca) aliada com genitores atópicos, contribuíram para a sensibilização precoce da criança, ocasionando inclusive refratariedade terapêutica com hidrolisado proteico (situação rara de ocorrer), considerando a fórmula de aminoácido como a conduta mais adequada.

Palavras-chave: Diagnóstico; Hipersensibilidade alimentar; Prevalência.

Manifestações Dermatológicas da Esclerose Tuberosa: uma revisão bibliográfica

Lucas Henrique Moura Borges, Bárbara Klein Bisinella Dias, Luiz Vieira de Souza Neto, Neyres Zinia Taveira de Jesus

Introdução: A Esclerose Tuberosa (ET) é uma síndrome rara, neurocutânea de caráter autossômico dominante com diversas manifestações clínicas por cursar com o desenvolvimento imprevisível de hamartomas em vários órgãos. **Objetivo:** Verificar a produção de conhecimento científico acerca da ocorrência de manifestações dermatológicas na esclerose tuberosa. **Método:** Revisão bibliográfica desenvolvida nas bases de dados PubMed e Scielo com os seguintes descritores, em português e inglês: esclerose tuberosa; manifestações cutâneas, doenças associadas e angiofibroma. **Resultados:** Foram encontrados 289 artigos sendo 8 selecionados por melhor se adequarem à proposta da pesquisa. As manifestações dermatológicas representam o achado mais comum, sendo o sinal condutor para o diagnóstico da ET¹. Dentre as manifestações dermatológicas mais prevalentes destacam-se as máculas hipomelanóticas, que ocorrem em até 98% dos pacientes (6 artigos). Os angiofibromas são o segundo sinal dermatológico mais frequente, variando desde aspectos mais semelhantes à cor da pele do paciente até pápulas eritematosas (6 artigos). Aparece ainda a placa de Sagreen, fibrosa, com aspecto de casca de laranja, afetando geralmente a superfície lombossacra com múltiplas pápulas. Segue-se menos comum, a placa fibrosa unilateral na testa, considerada patognomônica para a ET (5 artigos) e uma mácula típica chamada “Ash-Leave” (formato de folha ou confete)² e fibromas nas gengivas, mucosa bucal, palato e na superfície dorsal da língua³. Podem também ocorrer fibromas periungueais que consistem em lesões nodulares de cor violácea na região proximal da unha dos pés. **Considerações Finais:** A ET é caracterizada pela pluralidade de manifestações clínicas. Logo, torna-se um diagnóstico diferencial de diversas patologias, sendo imprescindível a realização de mais estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Esclerose tuberosa; Manifestações cutâneas; Doenças associadas; Angiofibroma.

Indicações da Videolaparoscopia no Trauma - uma revisão da literatura

Arthur Soares Peixoto, André Luís Amaral, Lucas Coelho Miranda, Sidnei David Igual, Andrey Roberto Rosa

Introdução: O uso da videolaparoscopia, como um método diagnóstico, remonta ao início do século XX, tempo onde ocorreu a primeira tentativa da técnica por George Kelling, de lá para cá, os constantes avanços da técnica e da óptica, possibilitaram uma enorme gama de utilidades na laparoscopia. Uma delas é o seu uso no trauma. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo evidenciar, de acordo com a literatura vigente, as indicações absolutas para utilização da videolaparoscopia no Trauma propostas por metanálises e estudos com níveis de evidência avançados. **Delineamento e Métodos:** Fora realizado estudo intenso e retrospectivo através da busca ativa da literatura com análise e revisão minuciosa. A base de dados utilizada foi a PubMed®, onde foram encontrados 335 artigos referentes a “laparoscopy”, trauma”, “injury”, “indications” e “pain”. Sendo selecionado 10 para fazer parte desta revisão. Dentre estes se destacam revisões, além de estudos com amostragens significativas e outras revisões da literatura. O período delimitado para o corte temporal foi de 5 anos. Foram incluídos somente artigos em língua inglesa, excluído teses/dissertações. **Resultados:** As indicações para utilização da videocirurgia no trauma podem ser consideradas bem restritas ao se analisar os artigos selecionados. Inicialmente de conduta meramente diagnóstica, a videolaparoscopia evoluiu para o caráter resolutivo com relativa rapidez, porém, no que tange ao componente trauma, o caráter investigativo continua sendo a principal arma na mão do cirurgião. Do ponto de vista das indicações temos a seleção de pacientes hemodinamicamente estáveis, primariamente vítimas de traumas penetrantes, onde há dúvidas quanto à lesão visceral parenquimatosa ou diafragmática. Em traumas fechados e com pacientes instáveis, é recomendável a utilização de outra técnica de investigação. **Conclusão:** A videocirurgia pode ser uma potente ferramenta diagnóstica, quando bem utilizada, podendo evitar laparotomias desnecessárias e melhorar a qualidade do diagnóstico. Ao se observar a quantidade de indicações propostas pela literatura, fica evidente a necessidade de maiores ensaios clínicos e metanálises na área, além de propostas de intervenção diagnósticas eficientes e protocoladas em nossos centros especializados.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Laparoscopia; Diagnóstico; Trauma.

SOP: muito mais que um problema ginecológico

Marciely Brito de Souza, Laura Maria Oliveira de Paula, Maira Lima Miacava

Introdução: A síndrome do ovário policístico (SOP) é a endocrinopatia ginecológica de alta incidência que envolve inúmeros distúrbios endócrinos e metabólicos. Inicialmente foi descrita como uma alteração ginecológica na qual as mulheres apresentavam irregularidade menstrual, hirsutismo, acne, alopecia, infertilidade e abortos recorrentes, atualmente é reconhecida principalmente pelas alterações metabólicas.

Objetivos: Revisar na literatura a relação entre pacientes portadores de SOP e o risco de desenvolver doença cardiovascular (DCV). **Método:** O presente estudo procedeu-se através de uma revisão da literatura, de forma sistemática, entre 2005-2015 em bases eletrônicas de dados como SCIELO, LILACS, MEDLINE, PUBMED e livros textos de referência nas áreas. Os nove trabalhos selecionados foram analisados pelos autores deste estudo, extraindo as informações necessárias para o preenchimento do objetivo do estudo.

Resultado: Apesar de décadas de estudos, o exato mecanismo fisiopatológico desta síndrome ainda permanece desconhecido e controverso. De acordo com os trabalhos pesquisados, além de alterações na secreção de gonadotrofinas e excessiva produção androgênica, há crescentes evidências de que a resistência à insulina (RI) e à hiperinsulinemia compensatória também desempenham papel central na patogênese da desordem. Embora o Consenso de Rotterdam de 2003 considere a oligo-anovulação, o hiperandrogenismo e a morfologia ovariana policística os sinais cardinais para o diagnóstico, estudos recentes tem demonstrado a necessidade de avaliar também outros critérios. Uma vez que frequentemente há nestes pacientes importantes alterações psíquicas e incidência elevada de condições relacionadas à RI como obesidade, dislipidemias, intolerância à glicose, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, síndrome metabólica, inflamação e disfunção endotelial, o que eleva significativamente o risco de DCV. **Conclusão:** Portanto, a RI e a hiperinsulinemia compensatória parecem ser o elo entre à SOP e DCV, entretanto é necessário a realização de novas pesquisas sobre o assunto. Além disso, medidas cardioprotetoras devem ser adotadas para melhorar a função endotelial destas pacientes, incluindo desde dieta, prática de exercícios físicos, interrupção do tabagismo, controle da pressão arterial e até agentes sensibilizadores da ação da insulina.

Palavras-chave: Síndrome do ovário policístico; Doença cardiovascular; Resistência à insulina; Hiperandrogenismo.

Uso do jejum intermitente como estratégia adjuvante ao tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2: uma revisão da literatura

Arthur Soares Peixoto, Karolaine Viera Magalhães Palermo, Sidnei David Igual, Andrey Roberto Rosa

Introdução: A Dieta de Jejum Intermitente alcançou alta popularidade na última década. Considera por muitos pacientes como uma estratégia de mais fácil adesão quando comparado a outras dietas de restrição calórica, o jejum intermitente consiste na adoção de períodos intercalados de jejum durante o dia. Apesar de ser uma estratégia pouco ortodoxa, os efeitos a longo do prazo sobre o metabolismo faz dela uma alternativa no tratamento da Diabetes Mellitus do tipo 2. **Objetivo:** Buscar, na literatura internacional, sobre a utilização do jejum intermitente como estratégia metabólica adjuvante no tratamento e na prevenção da diabetes mellitus tipo 2. **Delineamento e Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo através da busca ativa da literatura com revisão. A base de dados utilizada foi a PubMed®, onde foram encontrados 112 artigos referentes a “intermittent fasting”, “insulin”, “diabetes”. Sendo selecionado 8. O período delimitado para o corte temporal foi de 10 anos. Foram incluídos somente artigos em língua inglesa, excluído teses/dissertações e livros texto. **Resultados:** Os principais achados segundo os artigos analisados dizem respeito às alterações metabólicas observadas em pacientes após a adoção da estratégia de Jejum Intermitente. Os estudos revisados indicam que o uso do Jejum Intermitente possibilita uma maior mobilização de lipídios e redução do percentual de gordura. Além disso, contribui para um melhor metabolismo da glicose, reduzindo a quantidade circulante no plasma, evitando os picos e variações da liberação de insulina. Nos estudos usando modelos animais é possível observar significativos aumentos da qualidade do perfil metabólico da glicose, diminuição da gordura visceral e das taxas de gordura subcutânea. **Conclusão:** Portanto, os artigos analisados indicam que a estratégia metabólica do jejum intermitente pode ser uma potente alternativa adjuvante ao tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2 em pacientes selecionados em que a estratégia de outras dietas de perfil hipocalórico não tenham boa adesão. Embora o tema tenha ganhado muito espaço nos últimos anos, o número de trabalhos que visam avaliar sua eficácia não tem aumentado. É possível notar uma falta de ensaios clínicos randomizados ou metanálise criteriosas sobre o tema.

Palavras-chave: Jejum; Diabetes Mellitus Tipo 2; Metabolismo Energético; Dieta para Diabéticos.

Derrame pleural quiloso associado à sarcoidose pulmonar

Vinícius Luiz Machion, Mariana Ramos Campanholo, João Antônio Soler, Maria Isabel Fernandes Lopes, Viviane Cristine Pereira Marques Campelo.

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória, crônica, multissistêmica de etiologia desconhecida. Estudos mostram que o comprometimento pleural pode se manifestar como derrame, pneumotórax, espessamento pleural e nódulos, hidropneumotórax, hemotórax ou quilotórax. **Objetivo:** Apresentar um caso raro de sarcoidose pulmonar associada a quilotórax. **Método:** Estudo qualitativo, observacional através de relato de caso com avaliação clínica do paciente em questão e posterior revisão de seu prontuário e de literatura relacionado ao tema proposto. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 46 anos, com tosse produtiva leitosa, febre, dor torácica ventilatório dependente, chiado no peito e dispneia. Raio-X de tórax: derrame pleural, linfadenopatia hilar e infiltrado intersticial. Introduzido amoxicilina+clavulanato K+, sem melhora. Toracocentese diagnóstica: exsudato com triglicérides caracterizando quilotórax. Tomografia computadorizada de tórax: moderado derrame pleural à esquerda, atelectasias compressivas, nódulos pulmonares bilaterais, múltiplos linfonodos mediastinais e hilares. Videotoracoscopia com ducto torácico sem lesão. Biópsia de linfonodos hilar e mediastinal: processo inflamatório crônico (granuloma não caseoso) compatível com sarcoidose. Iniciou-se o tratamento com Prednisona 40mg/dia e posteriormente associou-se o metotrexato 7,5 mg/semana. O paciente permaneceu assintomático até consulta de retorno. **Conclusão:** Embora a sarcoidose possa apresentar resolução espontânea, alguns casos podem evoluir para fibrose irreversível e morte, sendo o prognóstico extremamente variável. Por ser uma doença multissistêmica e com quadro clínico similar a outras doenças, a inclusão da sarcoidose como diagnóstico diferencial dentre os muitos processos pulmonares e sistêmicos deve ser considerada.

Palavras-chave: Sarcoidose pulmonar; Derrame pleural; Quilotórax; Dispneia.

Amiloidose primária: relato de caso em hospital de referência

Vinícius Luiz Machion, Mariana Ramos Campanholo, João Antônio Soler, Rômulo Augusto dos Santos, Maria Alice Sperto Ferreira

Introdução: A amiloidose primária (AL) caracteriza-se pela deposição de proteína amiloide nos tecidos e órgãos, provocando doença de difícil diagnóstico devido aos sinais e sintomas não específicos, podendo ser manifestada no mieloma múltiplo (MM). **Objetivo:** Apresentar relato de caso de amiloidose associada ao mieloma múltiplo. **Método:** Estudo qualitativo, observacional através de relato de caso com avaliação clínica do paciente em questão e posterior revisão de seu prontuário e de literatura relacionado ao tema proposto. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 60 anos, com perda ponderal, mialgia, dor hipogástrica, náuseas, alteração do ritmo intestinal, parestesias nos quatro membros e astenia. A tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome evidenciou linfonodomegalia. Apresentou aumento de gama-GT, proteinúria com piora da função renal. A imunofixação urinária e plasmática confirmou a presença de proteína monoclonal lambda isolada. A biópsia renal demonstrou C3 positivo, pesquisa de amiloide com coloração vermelho-congo(+) e coloração hematoxilina/eosina evidenciou depósitos amiloides. Biópsia intestinal também positiva. Biópsia de medula óssea com plasmócitos atípicos, monoclonais para cadeia leve de imunoglobulina lambda e coloração vermelho congo(+), consistentes com infiltração medular por MM. Hipótese diagnóstica de AL relacionada ao MM com comprometimento cardíaco, renal, gastrointestinal e possível neuropatia sensitivo-motora com paciente indo a óbito. **Conclusão:** A combinação de técnicas de imagem e a identificação de características, através de TC, podem ajudar na diferenciação de amiloidose de outras doenças infiltrativas. A investigação de MM em portadores de AL, através combinação de técnicas de imagem, biópsia com coloração vermelho congo, eletroforese e imunofixação, são importantes para o diagnóstico, que quanto mais precoce, favorecerá o início de um tratamento exitoso, reduzindo a alta morbi-mortalidade desta doença.

Palavras-chave: Amiloidose; Mieloma múltiplo; Astenia; Parestesia.

A relação da esteato-hepatite não alcoólica (ENA) com a obesidade e cirrose

Maira Lima Miacava, Marciely Brito de Souza, Laura Maria Oliveira de Paula

Introdução: A esteato-hepatite não alcoólica (ENA) faz parte da doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) e sua causa primária está relacionada com problemas metabólicos como obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus tipo II. Além disso, com o crescimento da obesidade no mundo e no Brasil, o qual já apresenta 48,5% da população, segundo o IBGE, a DHGNA é a doença hepática mais comum em alguns países. Assim, quando o quadro se torna crônico pode levar à cirrose e perda função hepática. **Objetivo:** Realizar uma revisão literária sobre a evolução da DHGNA, o estado crônico da doença e a sua relação com a obesidade. **Métodos:** O trabalho é uma revisão literária sobre ENA e a sua relação com obesidade e cirrose. Foram utilizadas bases como livros, artigos, monografias e revistas sobre hepatologia, principalmente arquivos recentes, relacionados com DHGNA em geral; assim, foram utilizados cinco artigos além dos livros. **Resultados:** A obesidade e sua importante relação com a DHGNA é citada por todos os autores estudados, o aumento dos índices no mundo e a presença quase total quando há morbidade leva a confirmação da teoria da inflamação hepática. A DHGNA se inicia com a esteatose hepática, sendo um acúmulo de gordura no fígado e quando este excede 5-10% do seu peso. Na ENA, o fígado apresenta áreas de inflamação e é citada pelos autores como a fase que pode mais resultar no estado crônico. Assim, 25% dos pacientes com ENA podem evoluir para cirrose e 40% podem ter falência hepática. A causa da inflamação e da fibrose no fígado ainda não é clara, sendo a teoria de Day e James de 1998 a mais aceita. A teoria é dividida em dois hits e está ligada com o acúmulo da gordura, aumento dos ácidos graxos e oxidação no hepatócito, resultando em fibrose. A cirrose pode causar insuficiência hepática e a hipertensão portal, além disso, está relacionada com a insuficiência hepática aguda e o carcinoma hepático. **Considerações finais:** A ENA seria fase intermediária da DHGNA, e a partir dela os índices de riscos para o estado crônico aumentam muito. Além disso, existem importantes considerações sobre a doença ainda sem resposta. Assim, são necessárias mais pesquisas na área para melhor entendimento da patologia.

Palavras-chave: Doença hepática gordurosa não alcoólica; Esteato-hepatite; Cirrose; Obesidade.

Analgesia no pós-operatório: busca das melhores condutas sob o paradigma da medicina baseada em evidências

Sidnei David Igual, Arthur Soares Peixoto

Introdução: A dor ainda representa um problema relevante no pós-operatório, apesar de todos os avanços nas áreas de cirurgia e anestesia. Além de causar sofrimento ao paciente, aparece como fator fundamental no atraso do processo de recuperação. Gerenciamento insuficiente da dor e grande incidência de efeitos adversos são achados frequentes na prática clínica. Mediante tais fatos, justifica-se a busca por novas abordagens na analgesia pós-operatória, tendo como paradigma a medicina baseada em evidências.

Objetivos: Buscar, por meio da literatura especializada, as melhores evidências científicas em relação ao tratamento efetivo da dor no pós-operatório. **Métodos:** Revisão de literatura. Busca de livros e artigos publicados nos últimos 20 anos. Origem nacional e internacional de língua inglesa. Bases de dados SciELO e Pubmed. Oito publicações foram selecionadas, ao final do refinamento. **Resultados:** Os artigos selecionados apontam que a utilização de uma terapia analgésica multimodal apresenta diminuição na sensação de dor, diminuição dos efeitos adversos e percepção de uma melhor qualidade do atendimento. Indicam também importante correlação com a recuperação precoce do paciente e diminuição nos dias de internação. A terapia multimodal aparece justificada por uma diversificação do alvo terapêutico, atuando em aspectos da origem da dor que são negligenciados na monoterapia com analgésicos opioides (que abordam os mecanismos centrais da dor). Atuam também nos mediadores inflamatórios, no bloqueio direto da atividade nociceptora e na modulação da atividade de diversos neurotransmissores. **Considerações finais:** Os artigos selecionados apontam de forma consistente que a analgesia pós-operatória é um dos pilares na recuperação precoce do paciente e ponto essencial na percepção de qualidade no atendimento. Evidenciam a existência de maior efetividade na abordagem multimodal de analgesia, com diminuição das doses individuais de cada medicamento, diminuição nos efeitos adversos e melhora na percepção dolorosa. Salientamos, então, pela relevância da temática e pelo reduzido número de publicações encontrado, a necessidade da publicação de mais estudos que reforcem as evidências apontadas nesta revisão.

Palavras-chave: Analgesia; Cuidados Pós-operatórios; Analgésicos Opioides; Medicina Baseada em Evidências.

A importância da abordagem espiritual no cuidado do paciente

Irenizia Marques Quinteiro De Almeida, Wagner Ribeiro De Freitas Nery Alves, Gabriela De Faria Ribeiro, Gustavo Franco Da Silva, Lucas Rossato Chrun

Introdução: A relação religião, espiritualidade (R/E) e saúde tem se tornado um enorme campo de estudos para compreensão de benefícios clínicos a saúde mental de pacientes. Várias pesquisas evidenciam uma influência positiva dessa relação na saúde física e mental do indivíduo. **Objetivos:** Destacar a importância e a influência da R/E no cuidado do paciente psiquiátrico. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura a partir de fontes indexadas nas bases de dados MEDLINE, Scholar Google e SciELO. Foram analisados dez artigos que melhor atendiam a proposta a partir dos descritores “Espiritualidade” e “Saúde Mental”. **Resultados:** Inúmeros estudos abordam a relação benéfica entre (R/E) para a saúde do indivíduo. É perceptível uma reaproximação de religião e psiquiatria em socorro a profissionais de saúde, desenvolvendo habilidades para compreensão de fatores religiosos e espirituais que influenciam a saúde física e psíquica. As pesquisas têm procurado evidenciar a relação entre depressão e diversos grupos religiosos, níveis de envolvimento religioso e o quanto isso pode influenciar como as pessoas lidam com eventos de vida negativos. A maioria desses estudos revelou que o nível de envolvimento religioso está inversamente associado ao nível de sintomas depressivos e a associação entre religiosidade e depressão se mantém entre as diferentes faixas etárias, gêneros e etnias. Pessoas religiosas vivenciam melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse. Além disso, pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutar e requerem menos assistência de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem enfatizado a importância de abordar questões de R/E na prática clínica. **Conclusão:** A R/E influenciam o modo de como pessoas enfrentam situações de estresse e sofrimento, proporcionando maior aceitação e adaptação a situações difíceis. A influência positiva da R/E na saúde mental é mais intensa entre pessoas em situações de fragilidade e doenças clínicas, revelando a importância de se abordar a espiritualidade no cuidado do paciente. Profissionais de saúde têm dificuldades ao lidar com a R/E de seus pacientes, o que requer uma abordagem e um treinamento adequado sobre R/E na prática médica para atender o indivíduo de forma mais integral e humanizada.

Palavras-chave: Religião; Espiritualidade; Saúde Mental; Psiquiatria.

Mielinólise pontina e extrapontina: indução de síndrome da desmielinização osmótica

Joao Antonio Soler, Maria Isabel Fernandes Lopes, Mariana Ramos Campanhol, Mayara Cássia Ferreira, Vinicius Luiz Machion

Introdução: A mielinólise pontina (MP) e extrapontina (MEP), também conhecida como síndrome da desmielinização osmótica (SDO) é associada à desnutrição e ao alcoolismo, podendo ser decorrente de outros fatores, dentre eles a correção excessiva e abrupta da hiponatremia. É uma complicação potencialmente fatal em diversas situações clínicas. **Objetivo:** Apresentar relato de caso de SDO pós correção de hiponatremia com melhora neurológica. **Método:** Estudo qualitativo, observacional através de relato de caso com avaliação clínica do paciente em questão e posterior revisão de seu prontuário e de literatura relacionado ao tema proposto. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, hipertensa em uso de clortalidona, com disartria, sonolência, fraqueza em membros inferiores. Diagnosticada com hiponatremia grave causada por clortalidona, iniciou-se reposição de sódio (Na^+). Após 24 horas apresentou-se sonolenta, arresponsiva, quadro compatível com MP por reposição excessiva de Na^+ . A ressonância magnética (RM) mostrou imagem sugestiva de MP/MEP. Iniciada tentativa de reversão do quadro com solução de glicose 5% (SG 5%) 6 mL/kg, apresentou melhora clínica, sendo submetida a fisioterapia respiratória e motora com boa recuperação perante tamanha lesão encefálica. **Conclusão:** Dentre os principais aspectos clínicos da hiponatremia está o uso de diuréticos tiazídicos. O reconhecimento rápido da SDO e a agilidade na sua reversão com o emprego da SG 5% foi crucial para o bom prognóstico deste caso, sendo um fator importante para evitar excesso na correção da hipernatremia. Após um rigoroso exame clínico confirmamos que a neuroimagem, obtida através da RM, é imprescindível para a confirmação diagnóstica da MP/MEP. É importante uma abordagem multidisciplinar, promovendo uma melhor recuperação e qualidade de vida.

Palavras-chave: Mielinólise Central da Ponte; Mielinólise Extrapontina; Disartria; Hipernatremia.

Importância da vacinação do neonato com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) na prevenção da Tuberculose Miliar (TM)

Luiz Vieira de Souza Neto, Lucas Henrique Moura Borges, Lucas Rodrigues Bueno, Guilherme Henrique Haase Alves, Carolyna Vieira de Andrade Santos

Introdução: A Tuberculose Miliar é uma infecção generalizada pelo bacilo de Koch (BK), o quadro de TM é grave caracterizado por lesões micronodulares disseminadas pelos pulmões e outros órgãos. **Objetivos:** Estabelecer a existência de diminuição da incidência de TM em neonatos imunizados com a vacina BCG. **Métodos:** Trabalho de revisão da literatura feito a partir da coleção de revistas e artigos científicos da Scientific Electronic Library Online (SciELO), PUBMED, Birene e National Library of Medicine (NLM). Para pesquisa no banco de dados foram utilizados os descritores em português e inglês: vacina BCG e TM. **Resultados:** Como resultados da pesquisa foram encontradas 94 publicações: 55 referentes ao termo “vacina BCG” e 39 como resultado da pesquisa por Tuberculose Miliar. Destas 94 publicações, apenas 15 foram consideradas relevantes para o trabalho. A infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido por bacilo de Koch, pode tomar várias cursos diferentes no hospedeiro (meningite, tuberculose na forma pulmonar, tuberculose na forma miliar e etc.). A TM é uma condição patológica onde ocorre a disseminação hematogênica maciça e sintomática do BK com maior frequência em crianças e em adultos imunossuprimidos. Um determinante fator que pode levar o desencadeamento dessa forma grave de tuberculose é o quadro vacinal do indivíduo: a vacina BCG consegue reduzir drasticamente a disseminação sanguínea do BK, isso acaba por diminuir consideravelmente a incidência dessa forma de tuberculose. **Conclusões:** Apesar de a vacina BCG ser utilizada desde 1921, ela ainda apresenta controvérsias e aspectos não esclarecidos. Um ponto que podemos afirmar sem dúvidas é o efeito protetor bastante significativo da primeira dose da vacina BCG contra a tuberculose em sua forma miliar. Logo, a vacinação com BCG ainda em ambiente hospitalar tem se mostrado bastante eficaz por cobrir um número maior de indivíduos vulneráveis e deve continuar sendo encorajada, sobretudo nos países em que essa doença ocorre em médias elevadas e com altas taxas de incidência.

Palavras-chave: Vacina BCG; Tuberculose Miliar.

Dermatoscopia: um importante método no diagnóstico precoce de melanoma cutâneo

Wagner Ribeiro de Freitas Nery Alves, Edilaine Rubint Romeiro, Irenizia Marques Quinteiro de Almeida, Gabriela de Faria Ribeiro, Gustavo Franco da Silva

Introdução: A incidência de melanoma cutâneo vem aumentando mundialmente. A dermatoscopia é o método que pode ajudar no diagnóstico precoce e diferencial deste tipo de neoplasia. **Objetivo:** Destacar a importância da dermatoscopia para diagnóstico precoce de melanoma cutâneo. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura a partir de fontes indexadas nas bases de dados, Scholar Google, SciELO e PubMed. Foram analisados doze artigos a partir dos descritores “Dermatoscopia” e “Melanoma”. Destes foram selecionados cinco que melhor destacavam a importância da dermatoscopia. **Resultados:** A cura do melanoma está ligada a excisão do tumor ainda em sua fase inicial, daí a importância do diagnóstico precoce. O exame dermatoscópico feito com frequência pode evitar excisões desnecessárias. A dermatoscopia é um método que permite avaliar lesões da pele com um aumento de dez vezes por meio do dermatoscópio. Este permite a visualização de estruturas abaixo do estrato córneo e a imagem obtida pode ser considerada uma interface entre a imagem clínica e a histopatológica, auxiliando no diagnóstico precoce de melanoma. A dermatoscopia exige um treinamento médico para análise de lesões, sendo complementar ao exame clínico. Para isso é utilizado o método de análise de padrões. Deve-se observar, primeiramente, se as lesões encontradas são melanocíticas ou não, levando em consideração suas características dermatoscópicas: presença de estrias radiadas, véu azul, rede pigmentar, pseudópodes, glóbulos e ponto. A dermatoscopia pode aumentar em torno de 5 a 30% a acurácia para o diagnóstico de melanoma a partir da técnica e critérios adotados pelo médico, estudos ainda são realizados para padronização destes critérios. Atualmente a dermatoscopia digital vem sendo usada com mais frequência e apresenta bons resultados. Mesmo com o achado de várias características que indiquem uma lesão, a dermatoscopia não substituiu o histopatológico que é o padrão-ouro para o diagnóstico de melanoma cutâneo. **Conclusão:** A dermatoscopia é imprescindível na semiologia de dermatologistas e oncologistas. Trata-se da técnica de maior acurácia do diagnóstico precoce de lesões melanocíticas cutâneas, o que pode ser fator essencial para cura, resultando na diminuição dos índices de letalidade de pacientes com essa neoplasia.

Palavras-chave: Neoplasia; Câncer de pele; Lesões; Dermoscopia.

Relato de experiência: implantação de protocolo para profilaxia de úlcera de estresse em unidade de terapia intensiva

Wagner Ribeiro de Freitas Nery Alves, Ana Carolina Marques Pereira Siqueira, Gabriela de Faria Ribeiro, Natália Souza Pavin

Introdução: Pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) podem apresentar complicações frente à doença mucosa associada ao estresse. Um protocolo para profilaxia de úlcera péptica é fundamental para um melhor prognóstico de pacientes nessa situação. **Objetivos:** Apresentar a experiência da elaboração de um protocolo de úlcera péptica, para um Hospital de um município mato-grossense, iniciada em outubro de 2015 e instituída a partir de dezembro do mesmo ano. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre implantação de protocolo hospitalar, criado por meio de pesquisa a partir das fontes indexadas nas bases de dados SciELO e Scholar Google. Foram analisados dez artigos a partir dos descritores “Úlcera Péptica”. Após a busca foi estabelecido o critério onde somente artigos que priorizassem o uso de IBP fossem utilizados. Sendo assim, cinco foram selecionados por melhor atenderem à proposta. **Resultados:** Após análise bibliográfica, verificamos que como prevenção, utilizam-se duas classes principais de medicamentos: antagonistas do receptor da histamina H2 (ARH2) e inibidores da bomba de prótons (IBP). As medidas profiláticas de úlcera péptica são adotadas apenas em pacientes com alto risco de desenvolvê-la. Observa-se que tanto ARH2 como IBP aumentam o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica. Com isso, o esquema profilático deve levar em conta os fatores de risco e estado de doença dos pacientes para proporcionar a melhor terapia. Os ARH2 de histamina são muito utilizados, porém os IBP têm mostrado melhores resultados em pacientes de alto risco, sendo a primeira escolha para profilaxia de úlcera. Coube aos discentes a pesquisa de revisões bibliográficas e confecção do protocolo. Para isto, buscou-se adequar a pesquisa à realidade local, visando o melhor custobenefício. Optou-se pelo uso de IBP, omeprazol, nas medidas profiláticas. **Conclusão:** Compreendemos que a utilização de IBP não só é mais eficaz, como consegue reduzir custos ao hospital. Desse modo, estabelecemos um novo protocolo de úlcera péptica, proposto para que possa ser oferecido um cuidado mais qualificado no manejo de pacientes, internados, de risco.

Palavras-chave: Profilaxia; Protocolo; Úlcera péptica; UTI.

Óbitos por causas externas: indivíduos em idade produtiva de trabalho

Isadora Tartaglia Stehling, Lucas Carrijo Naves, Ludymilla Barboza da Silva, Flávio César Vieira Valentim, Mayra Aparecida Côrtes

Introdução: Óbitos por causas externas geram impactos socioeconômicos e na saúde pois representam uma perda de investimentos em capital humano quando estas vítimas se encontram em idade produtiva (10 a 65 anos). **Objetivo:** Verificar o percentual de óbitos decorrentes de morte violenta em indivíduos em idade produtiva e que foram periciados pelo Instituto Médico Legal (IML) de Cáceres\MT em 2015. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, desenvolvido com base na análise dos laudos periciais dos indivíduos que vieram a óbito em idade produtiva e que foram periciados pelo IML. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2016 após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 1.370.263. Laudos que não apresentavam idade determinada foram excluídos. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Dos 204 laudos periciados, 197 apresentaram o campo idade preenchido. Os laudos periciais foram classificados de acordo com as faixas etárias: 0 a 9 anos (8 vítimas que correspondem a 4,1%), 10 a 65 anos, que corresponde a população em idade produtiva de trabalho, com 167 necropsias (84,8%) e vítimas com idade superior a 65 anos (11,1%). Dos 84,8% (10 a 65 anos) 54,49% foram vítimas de acidentes de trânsito envolvendo: carro (42,85%), moto (24,17%) e atropelamento (8,79%). Quatorze pessoas foram vítimas de afogamento (15,38%). Outros tipos de acidentes englobaram 7,69%. Vitimando 44 indivíduos estão os homicídios (38 por arma de fogo correspondendo a 88,36% e 6 por arma branca, 13,63%). 26,34% dos laudos apontaram como causa morte o suicídio (50% asfixias mecânicas: enforcamento seguido de envenenamento e outros meios, ambos com 25%). 16,76% dos laudos apresentaram causa morte indeterminado e 3,59% dados como causa natural. A idade média do grupo estudado é de 36,8 anos com predomínio do sexo masculino (87,42%). **Conclusão:** O maior percentual de mortes por causas externas engloba indivíduos em idade produtiva de trabalho com predomínio do sexo masculino (renda superior ao sexo feminino), o que acarreta perdas socioeconômicas impactantes a nível de capital humano, anos de vida perdidos e custos públicos. Portanto, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para novas possibilidades de enfrentamento com medidas criativas para a redução destes percentuais.

Palavras-chave: Causas externas; Medicina legal; Violência; Morte.

Percepções de estudantes de um curso de medicina acerca do ambiente educacional e das relações sociais

Irenizia Marques Quinteiro de Almeida, Fabiana Aparecida da Silva, Katiele Dalla Vécchia, Ana Carolina Marques Pereira de Siqueira

Introdução: O ambiente educacional, constituído pelo corpo docente, relações interpessoais e espaço físico pode refletir na qualidade de ensino. Nesse contexto, componentes materiais e afetivos determinam o ambiente de ensino que afetará diretamente na aprendizagem e na qualidade de vida do estudante, por isso, a análise das percepções oferece subsídios para intervenções positivas. **Objetivos:** Avaliar as percepções dos estudantes de um curso de medicina acerca do ambiente educacional. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, o qual utilizou o questionário *Dundee Ready Education Environment Measure* (DREEM) para avaliar as percepções dos alunos sobre as dimensões do ambiente geral e das relações sociais. O DREEM é composto por 50 afirmações, sendo pontuadas com base na escala de Likert. Participaram da pesquisa 99 alunos de todos os semestres letivos do curso de Medicina da Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat). **Resultados:** A dimensão de percepção do ambiente geral (D4) foi a que obteve média mais baixa, com 23,5/48 pontos (48,95%), sendo percebido pelos alunos que o ambiente para práticas e aulas não é satisfatoriamente tranquilo e estimulante. O item relativo a pontualidade nas atividades do curso, referente a D4, indicou grave problema. A dimensão de percepção das relações sociais (D5) foi a que obteve a segunda menor pontuação, com 13,5/28 pontos (49,28%), em que os alunos se encontram cansados e não possuem programa de apoio aos estudantes estressados. O item referente a existência de um programa de apoio ao estudante estressado, pertencente a D5, atingiu uma baixa pontuação, pois a maioria dos alunos discordou fortemente da existência de um programa ou centro de apoio aos discentes. **Conclusão:** Os estudantes constantemente lidam com o estresse advindo da pressão intelectual do curso e da impontualidade das atividades, além de sofrerem com situações adversas da prática clínica, revelando que o ambiente e as relações sociais atuam na qualidade de vida do aluno. Este estudo oferece informações para subsidiar a instituição na implantação de programas permanentes de assistência psicossocial ao aluno, visando uma qualidade na formação médica prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais e fortalecer o recente curso da Unemat.

Palavras-chave: Saúde mental; Educação médica; Carência psicossocial; Qualidade de vida.

Convulsão febril: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento

Gilson da Silva Miranda, Fernanda Barboza Mithqal Khalil, Felipe Monteiro Almeida, Lucas Rossato Chrun, Sandra Coenga de Souza

Introdução: Convulsão febril (CF) é definida como crise convulsiva acompanhada por febre. Geralmente ocorre entre 3 meses e 5 anos de idade, sem comprometimento do sistema nervoso central, alteração metabólica e história prévia de crise convulsiva. Na prática clínica, a questão que se coloca é quais são as crianças que poderão ter várias CF. **Objetivos:** Produzir uma revisão bibliográfica sobre os conhecimentos atuais disponíveis a respeito das crises convulsivas febris e das orientações de abordagem diagnóstica e terapêutica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão descritiva produzida a partir da base de dados Medline. Os trabalhos foram selecionados nos idiomas português, inglês e espanhol por meio do descritor “convulsões febris”. Considerou-se como critério de inclusão as bibliografias publicadas nos últimos 10 anos; que abordassem as características clínicas, o diagnóstico e tratamento da CF. Foram selecionados trinta e três artigos. **Resultados:** As convulsões febris podem ser simples, crises tônico-clônicas generalizadas; e complexas/complicadas, crises focais com duração superior a 15 minutos e/ou recorrência em menos de 24 horas e/ou com manifestações neurológicas pós-ictais. A maioria das crianças apresenta um único episódio durante a vida. O risco de recorrência da CF aumenta em idade inferior a 18 meses, duração da febre menor que 1 hora antes da primeira crise, e parentes de 1º grau com história de convulsão febril. O diagnóstico da CF é clínico. Deve-se classificar a crise e identificar a causa da febre. Além disso, deve ser descartado de imediato o acometimento do sistema nervoso central. O tratamento, na fase aguda, segue os procedimentos normais para uma crise epiléptica, respeitando-se o protocolo de atendimento de urgência, antes da infusão de medicação específica. Quanto ao tratamento profilático com anticonvulsivante, nos casos em que não há risco de recorrência, a maioria dos artigos não o recomendam, uma vez que seus efeitos colaterais superam os benefícios. **Conclusão:** As crises convulsivas febris são geralmente de baixa morbidade. A maioria das crianças apresentam apenas um episódio com baixo risco de recorrência. O diagnóstico é clínico e deve identificar o tipo de crise e a causa da febre. A terapia profilática tem sido discutida devido aos seus efeitos colaterais.

Palavras-chave: Convulsões febris; Febre; Diagnóstico laboratorial; Tratamento.

Caracterização do perfil das vítimas necropsiadas pelo Instituto Médico Legal de Cáceres/MT

Lucas Carrijo Naves, Isadora Tartaglia Stehling, Bianca Teixeira Gomes, Flávio César Vieira Valentim, Mayra Aparecida Côrtes

Introdução: A violência é uma questão social e os óbitos por causas externas é um problema de saúde pública. **Objetivo:** Caracterizar o perfil das vítimas necropsiadas em 2015 pelo Instituto Médico Legal (IML) de Cáceres/MT. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo com base na análise dos laudos periciais emitidos em 2015 pelo IML. Foram analisadas a idade, sexo, etnia, município, fator causal e conclusão do laudo por meio de estatística descritiva. Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2016 após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 1.370.263. **Resultados:** Foram analisados 204 laudos com predomínio (83,4%) do sexo masculino (n = 170 óbitos). Houve maior percentual (35,3%) na faixa etária de 21 a 40 anos (n=72) seguidos de (28,1 %) na faixa etária de 41 a 60 anos (n=57). A população de 0 a 20 anos e acima de 60 anos (n= 34) representaram cada uma 16,6%. 3,43% não apresentavam idade descrita. A etnia declarada foi 49,5% parda (n= 101), 30,9% branca (n=62), 27% negra (n= 23), 0,49% amarelo (n= 1) e 15 não declarados (7,84%). Cáceres contribuiu com 49,5% (n=100), seguidos de Mirassol do Oeste (n = 21, 10,29%), Araputanga com 6,86% (n= 14), Pontes e Lacerda (n= 10, 4,9%) e demais municípios da região abrangida 24,04% (n=49). Os acidentes de trânsito representaram 40,7% (n= 83) dos laudos, homicídios 23,52% (n= 43), acidentes diversos 14,21% (n=29), suicídios 6,38% (n=13). Causas naturais e indeterminada corresponderam a 4,41% e 10,78%, respectivamente. Sobre a conclusão do laudo pericial: 26,96% traumatismos cranioencefálicos isolados (n= 55) e 17 associados a outras lesões (8,33%). Choque hipovolêmico de maneira isolada (n= 38, 18,62%) e 11 laudos declarados em associação a outras lesões (5,39%). Politraumatismos isolados foram 9 (4,41%) e associados a outro fator 17 (8,33%). Outros fatores foram responsáveis por 37 mortes (18,16%) e 7 foram concluídos como causa não identificada (3,43%). **Conclusão:** Este estudo revelou que as vítimas em sua maioria são homens, com idade entre 21 a 40 anos. Cáceres foi a cidade mais representativa. Acidentes de trânsito foram os principais causadores dos óbitos. Portanto, espera-se que essa caracterização possa fornecer subsídios para o planejamento de ações específicas voltadas para a redução dos dados apresentados.

Palavras-chave: Causas externas; Medicina legal; Violência; Morte.

Atrofia Muscular Espinhal Tipo I: doença de Werdnig-Hoffmann

Lucas Rossato Chrun, Larissa Rossato Chrun, Gilson da Silva Miranda, Felipe Monteiro Almeida, André Luis Antunes Moreira

Introdução: A Doença de Werdnig-Hoffmann é uma patologia hereditária caracterizada pela atrofia e fraqueza muscular progressiva, que evolui com perda gradual de funções essenciais, resultando em elevada e precoce mortalidade. **Objetivos:** Desenvolver uma revisão bibliográfica sobre a etiologia, diagnóstico, tratamento e perspectivas futuras da Síndrome de Werdnig-Hoffmann. **Métodos:** Utilizando o banco de dados Medline, Lilacs e SciELO, os artigos mais relevantes sobre o assunto foram selecionados por meio das palavras-chave: atrofia muscular espinhal; atrofia muscular espinhal infantil; doenças neuromusculares; doenças da medula espinhal; Doença de Werdnig-Hoffmann. **Resultados:** Foram encontrados 55 artigos e, após processo de análise, 35 estudos pertinentes ao objetivo geral foram selecionados. A Doença de Werdnig-Hoffmann é causada por uma mutação no gene SMN-1, conhecido como gene de sobrevivência do neurônio motor, localizado nos cromossomos 5q13. A doença é caracterizada pela degeneração dos motoneurônios superior, inferior ou ambos e é transmitida seguindo o padrão mendeliano autossômico recessivo. Suas manifestações clínicas são: hipotonia, atrofia, debilidade muscular e diminuição ou ausência dos reflexos osteotendinosos. O diagnóstico é feito com base no quadro clínico, nos antecedentes familiares e em exames como: biópsia muscular, eletroneuromiografia e exame genético. O tratamento é somente sintomático e limitado. Os pacientes evoluem, geralmente, para o óbito durante o primeiro ano de vida por falência respiratória, caso não sejam instituídas precocemente medidas de suporte adequadas. Mesmo com o monitoramento cardiorrespiratório nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a maioria dos pacientes vai a óbito por volta dos três anos de idade. Em alguns casos é possível manter a criança em seu próprio domicílio, desde que seja estabelecido um programa de internação domiciliar (home-care). **Considerações finais:** A Síndrome de Werdnig-Hoffmann apresenta sintomas semelhantes em quase todos os casos e evolui de forma grave. A utilização de células tronco vem sendo estudada como alternativa promissora para o tratamento dessa doença. Ainda não existe cura para essa patologia, entretanto o tratamento intensivo pode prolongar a sobrevivência dos pacientes.

Palavras-chave: Doença de Werdnig-Hoffmann; Atrofia muscular espinhal; Atrofia muscular espinhal infantil; Doenças da medula espinhal.

Lítio e urticária: uma associação incomum

Ana Carolina Marques Pereira de Siqueira, José Antônio Rogoni Júnior

Introdução: Com 67 anos de uso clínico, o lítio permanece um dos psicofármacos mais eficazes. Acumula evidências favoráveis na profilaxia e tratamento de todas as fases do transtorno bipolar, na terapêutica da depressão unipolar resistente, redução do risco de suicídio, esquizofrenia, nos transtornos ciclotímico, esquizoafetivo, de controle de impulso e ainda como agente neuroprotetor. Embora seguro, seu emprego requer parâmetros clínicos e laboratoriais – tanto para elegibilidade quanto para seguimento dos pacientes – por risco de intoxicação e uma gama de efeitos colaterais. Ainda assim, reações dermatológicas são raras. Quando presentes, as mais comuns são: queda de cabelo, foliculite, ressecamento da pele e exacerbação da psoríase. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente que apresentou reação urticariforme ao uso de c. de lítio. **Métodos:** Relato de caso baseado em informações obtidas através da revisão de prontuário, literatura, e entrevista com a paciente. **Relato de caso:** Mulher, 33 anos, sem histórico de alergia medicamentosa. Iniciou a terapia com c. de lítio 300mg 12/12h e bupropiona 150mg/dia para tratamento de transtorno de humor. Não utilizava outros medicamentos. Já na primeira semana, exibiu litemia na faixa terapêutica. Na segunda semana, apresentou numerosas lesões urticariformes, confluentes e vitropositivas. Evanescerem e alterando a localização em média a cada 24 horas; eram generalizadas, poupando palmas, plantas e mucosas. Após consulta com alergologista, utilizou fexofenadina 180mg/dia e prednisona 5mg 12/12h por quinze dias. No terceiro dia, devido à persistência do quadro, foi introduzido hixizine 25mg de 8/8h, sem resposta. Sob orientação psiquiátrica, foi retirada a bupropiona e após três dias, ainda não havendo melhora, realizou-se a retirada do carbonato de lítio e no terceiro dia, as lesões desapareceram por completo, corroborando para a hipótese de alergia medicamentosa. **Considerações finais:** O caso traz à luz a discussão sobre a farmacodermia rara (urticariforme) relacionada à terapia com c. de lítio, a qual não esteve relacionada com a dose.

Palavras-chave: Lítio; Lesões; Urticária; Alergia.

Psicose puerperal e infanticídio: os desafios na identificação e diagnóstico desta emergência médica-psiquiátrica

Sidnei David Igual, Bianca dos Anjos de Oliveira, Arthur Soares Peixoto

Introdução: A psicose puerperal é uma emergência psiquiátrica, caracterizada por apresentar quadro grave e início precoce após o parto, e tem correlação importante com o infanticídio (4% para as psicoses puerperais não tratadas. De acordo com o código penal brasileiro, em seu artigo nº123, infanticídio é definido como o ato de matar o próprio filho sob influência do estado puerperal, durante o parto ou logo após). A baixa incidência da psicose puerperal proporciona uma dificuldade para o médico cuidador reconhecer e diagnosticar tal quadro. Devido seus desfechos potencialmente graves e as implicações legais no seu diagnóstico (inimputabilidade), torna-se importante a discussão dos critérios diagnósticos mais recentes apresentados pela literatura. **Objetivos:** Discutir os critérios diagnósticos mais recentes em relação à psicose puerperal, objetivando facilitar seu reconhecimento na prática clínica. **Métodos:** Revisão de literatura. **Resultados:** Diversos sinais e sintomas podem ser reconhecidos na vigência da psicose puerperal. Euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia aparecem inicialmente, com evolução para quadros de delírio (se relacionadas ao lactente, é aumentado o risco do infanticídio), ideias persecutórias, alucinações, perplexidade e despersonalização. Além do reconhecimento dos sinais e sintomas, o médico deve ser capaz de avaliar as situações que aumentam o risco de sua ocorrência, como história pregressa ou familiar de transtorno bipolar. Esse rápido reconhecimento e intervenção terapêutica apresenta-se como fator essencial para um desfecho positivo, e deve ser de domínio do médico, independentemente de sua especialização. **Conclusões:** A falta do diagnóstico e intervenção precoce na vigência da psicose puerperal pode resultar em graves desfechos, como o suicídio e o infanticídio. Além disso, existem implicações importantes na esfera da psiquiatria legal, em relação ao correto delineamento diagnóstico da psicose puerperal nos casos de infanticídio. Conclui-se então, que é de suma importância para o médico o reconhecimento das características dessa patologia, possibilitando um diagnóstico precoce e uma rápida intervenção terapêutica, aspectos essenciais para o desfecho positivo.

Palavras-chave: Transtornos Psicóticos; Infanticídio; Psiquiatria Legal; Período Pós-Parto.

Cuidados paliativos na pediatria e a morte mais amena em doença terminal

Gabriela de Faria Ribeiro, Edilaine Rubint Romeiro, Irenizia Marques Quinteiro de Almeida, Lucas Rossato Chrun, Wagner Ribeiro de Freitas Nery Alves

Introdução: A morte ao longo dos anos teve vários significados, sendo a recente um marco natural da vida. A morte contemporânea deve acontecer de modo mais normal possível. Visto esse pensamento e a prevalência de doenças sem cura, os cuidados paliativos na pediatria são essenciais para tornar-se um processo natural. Por se tratar de assunto recente, há pouco material teórico, havendo necessidade em buscar na literatura. **Objetivos:** Fomentar o conhecimento e construir um profissional completo, com foco na vertente a qual vai além do médico preocupado no diagnóstico e tratamento. A criança tornar-se um dos centros de atenção aos cuidados do médico. **Métodos:** O trabalho é uma revisão literária de conteúdos selecionados nas bases de dados: SciELO, Periódicos Capes, Pubmed e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Foram escolhidas publicações de 2011 a 2016, escritos em português e espanhol. Usou-se como descritor: “Cuidados paliativos pediátricos”. Nove de dezoito foram escolhidos, de acordo com a temática proposta, seja tornar as crianças mais livre do ambiente hospitalar ou amenizar dores consequentes da evolução da doença. **Resultados:** O cuidado paliativo pediátrico guia-se pela comunicação do médico, família e criança. A Organização Mundial de Saúde define esse processo ao existir qualidade de vida aos envolvidos com doença terminal, identificação precoce, avaliação coesa, amenizar dor, problemas físicos, psicossocial e espiritual. Compartilhar decisões médicas entre família, criança e equipe é benéfico à qualidade ao cuidado paliativo. As crianças precisam de cuidado paliativo mais intenso e o direito de saber diagnóstico, possibilidades de tratamento e evolução, não transparecendo assustador. Permite-se segurança, tranquilidade e confiança no trabalho dos profissionais. No decorrer da doença terminal há amparo em casos de medo, dores e angústia. Os cuidados paliativos na pediatria preparam família e criança para a morte. **Conclusão:** Agregar os conhecimentos adquiridos é essencial para formação completa na área da saúde. Ter cuidado na qualidade do fim da vida é mais importante que retardar a sua morte, principalmente ao se tratar de crianças. Lembrar-se dos princípios éticos do médico, beneficência e não maleficência, ao trabalhar com família e pacientes pediátricos a ter qualidade de vida com cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Pediatria; Assistência; Doença terminal.

Análise da água do bairro São Mateus-VG e sua associação com doenças diarreicas na população

Leticia Pereira Scolari, Millena Da Costa Moura, Maria Elisa Duarte Nadaf, Ana Maria Anjo Toloj, Pamela Lorena Borsatto

Introdução: A água destinada ao consumo humano deve preencher condições mínimas para que possa ser ingerida ou utilizada para fins higiênicos, tais como estar isenta de microrganismos patogênicos. No Brasil, a portaria nº1469 de 29/12/2000, do Ministério da Saúde, preconiza os padrões e normas de potabilidade da água para todo o território nacional. **Objetivo:** Identificar o estado da água utilizada pelos moradores do bairro São Mateus, associando seus resultados aos índices de doenças apresentadas na comunidade, principalmente diarreicas. **Metodologia:** Estudo observacional desenvolvido a fim de verificar possíveis variações na qualidade da água do Bairro São Mateus em Várzea Grande-MT. Foram amostrados 14 pontos, sendo estes: posto de saúde (água de poço artesiano), escola 1 (água de poço), escola 2 (água de poço), escola 3 (água de poço), casa 1 (água da rua), escola 4 (água da rua), restaurante (água da rua), casa 2 (água da torneira), casa 2 (água do poço), casa 3 (água do poço), casa 4 (água da rua), posto de gasolina (água da rua), departamento de água e esgoto de Várzea Grande e o reservatório de distribuição. Os parâmetros utilizados foram coliformes totais (CT) e coliformes termotolerantes (CTT). **Resultados:** Segundo a Organização Mundial de Saúde, o ideal seria que todas as amostras colhidas do sistema distribuidor fossem isentas de organismos coliformes. Os seguintes pontos de coleta indicaram a presença de CT: posto de saúde, escola 2, escola 3, casa 1, escola 4, restaurante, casa 2, tanto na água da torneira quanto do poço, casa 3, sendo esta com o maior número de bactérias. **Conclusão:** A análise microbiológica da água encanada distribuída para população do bairro São Mateus-VG não está apropriada para o consumo humano, e a contaminação ocorre durante o trajeto da água. Um grande percentual desta população utiliza como forma alternativa de consumo a água de poços rasos, porém notamos que 71,5% das coletas realizadas em poços estavam contaminadas sendo que uma delas apresentou altíssima concentração de coliformes, resultado da inadequação da construção do poço e da falta de manutenção local. A qualidade da água utilizada pela população desse bairro corrobora com os inúmeros episódios de doenças diarreicas atendidas nesta comunidade.

Palavras-chave: Diarreia; Poluição da água; Enterobacteriaceae; Coliformes.

Avaliação do pé diabético na atenção básica

Letícia Pereira Scolari, Millena Da Costa Moura, Maria Elisa Duarte Nadaf, Amanda Cristina Delmondese

Introdução: Pé Diabético é o termo empregado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas, isoladamente ou em conjunto, nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos, secundário as lesões neurológicas e vasculares ocasionadas pelo mau controle glicêmico e o tempo da doença. **Objetivo:** Avaliar os pés dos pacientes diabéticos cadastrados e atendidos na ESF Baú localizada no bairro Lixeira em Cuiabá-MT e classificar o risco destes pacientes de desenvolver o pé diabético. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 48 pacientes portadores de DM2, cadastrados e acompanhados na unidade em questão. O instrumento utilizado no estudo foi o teste de monofilamento 2,0g para avaliação da sensibilidade protetora dos pés, com escala de quatro categorias de risco para complicações em membros inferiores, orientado e padronizado pelo Ministério da Saúde, além de um questionário contendo dados pessoais como idade e sexo, tempo de diagnóstico da doença e tipo de tratamento. **Resultados:** Foram avaliados 48 pacientes diabéticos, com predomínio no sexo feminino (68,75%) e 40,7% com idade superior a 70 anos. Quanto ao tempo de diagnóstico, 43,5% apresentavam diabetes a menos de 5 anos, 22,9% de 5 a 10 anos, 4,1% de 10 a 15 anos, 10,4% de 10 a 20 anos e 18,85% a mais de 20 anos. Dos pacientes, 93,75% relataram nunca ter realizado o teste anteriormente. Quanto a classificação de risco, 62,5% dos pacientes avaliados apresentaram categoria zero (Sem alterações); 20,8% categoria 1 (Perda da sensibilidade protetora, com ou sem deformidades); 12,5 % categoria 2 (doença arterial periférica com ou sem perda da sensibilidade protetora) e 4,2% categoria 3 (história de ulcera ou amputação). Dentre os da categoria 1, 50% tinham idade ente 60-70 anos, 40% tinham mais de 20 anos de diagnóstico de diabetes; 90% usam medicamentos. Na categoria 2, 50% possuem idade entre 50-60 anos. Apenas 66,6 % fazem uso de medicamento. Três pacientes encontravam-se na categoria 3; sendo 2 homens com diagnóstico de DM há mais de 20 anos e em uso de insulina associado a hipoglicemiantes oral. **Conclusão:** Concluímos que o pé diabético ainda é uma complicação sub diagnosticada, secundária a assistência ineficaz ao portador de diabetes, que muitas vezes não recebem orientações e avaliação adequada, necessitando assim de maior atenção por parte da atenção básica de saúde.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Pé diabético; Hipoglicemiantes; Insulina.

Consumo de drogas e álcool por adolescentes escolares no município de Cáceres/MT

Ewerton Mantesso Coimbra, Naiade de Paiva Soares, Flávio César Vieira Valentim, Fabiana Aparecida da Silva

Introdução: A adolescência é uma fase suscetível do ponto de vista psicológico e social havendo assim uma ocorrência maior de inicialização ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Portanto, o ambiente escolar torna-se um espaço propício para a promoção da saúde reduzindo esta vulnerabilidade. Além disso, o uso abusivo ou crônico de substâncias psicoativas (SPs) geram excessivos gastos para o sistema de saúde pública. **Objetivo:** Investigar o consumo de drogas e álcool por adolescentes escolares no município de Cáceres/MT. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, com público alvo de 220 estudantes (idade média de 17 anos) do terceiro ano do ensino médio de quatro escolas estaduais da periferia de Cáceres-MT. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 1.082.083. A coleta dos dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2015. Utilizou-se como instrumento para investigação do uso de SPs o questionário ASSIST. Para a interpretação dos dados foi aplicada a análise estatística descritiva. O estudo ocorreu dentro da sala de aula de cada turma investigada de forma coletiva com duração média de meia hora. Questionários preenchidos de forma incompleta ou inadequada foram descartados. **Resultados:** Dos 220 alunos presentes em sala de aula, 69 responderam corretamente o questionário aplicado. Este baixo número se deve à desconfiança e medo por parte dos alunos que relacionaram o preenchimento do questionário a possíveis investigações policiais. Dentre os entrevistados 40,58% (n=28) nunca usaram nenhuma das substâncias investigadas. Dos 59,42% (n=41) já fizeram uso de álcool (36,4% apenas do álcool) e 23,02% associado a outras substâncias: 11,5% utilizaram o álcool associado ao tabaco, 7,24%, à maconha, 1,44% (cada uma das drogas) aos inalantes, hipnóticos e cocaína ou crack. 31,7% dos adolescentes que relataram contato com o álcool (n= 13), 7,24% (n= 4), tiveram contato com o tabaco e maconha (2,87%) e mostraram necessidade de uma intervenção breve. **Conclusão:** A necessidade de intervenções mostrou-se maior entre as drogas lícitas revelando a necessidade de políticas em saúde voltada para o adolescente e para a saúde escolar de forma ativa, coerente, pontual, buscando a prevenção e diminuindo os agravos referentes ao uso destas drogas.

Palavras –chave: Saúde escolar; Violência; Medicina do adolescente.

Relato de caso: diabetes mellitus resultando em pé diabético

Millena da Costa Moura, Letícia Pereira Scolari, Josiane Martin, Amanda Cristina Delmondes, Maria Elisa Duarte Nadaf

Introdução: O Diabetes Mellitus inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. Os níveis glicêmicos elevados por longos períodos podem resultar em complicações agudas e crônicas. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente com DM II e suas complicações, buscando alertar sobre a necessidade do diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção. **Metodologia:** Relato de caso e revisão de literatura. **Relato de caso:** Paciente, 47 anos, sexo masculino, negro, natural de Cuiabá–MT, com diagnósticos anteriores de Diabetes Mellitus tipo II (DM II) e tabagismo há 31 anos. Possui irmãs portadoras de DM tipo II e mãe falecida por complicações de DM II. Há 20 anos iniciou quadro de poliúria, polifagia e polidipsia associado a difícil cicatrização de ferida em região maleolar direita, motivo pelo qual procurou atendimento, sendo diagnosticado com DM II. O paciente não realizou o tratamento e o acompanhamento corretamente. Há quatro meses procurou atendimento médico apresentando lesão necrosante em 4º e 5º pododáctilos, associado a abscesso plantar. Foi submetido à amputação dos pododáctilos, debridamento com fasciotomia plantar ampla e antibioticoterapia. Atualmente encontra-se em uso correto da hipoglicemiantes orais e insulina NPH. **Conclusão:** O DM acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Cerca de 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico e 24% dos pacientes reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento. Entre as complicações do DM podemos citar o pé diabético, termo empregado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas, isoladamente ou em conjunto, nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos. É caracterizado pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do paciente portador de diabetes. A detecção de diminuição de sensibilidade ao monofilamento ou de insuficiência circulatória periférica, assim como a presença de lesões pré-ulcerativas cutâneas ou estruturais, definem o paciente em risco para úlceras. Esses pacientes devem receber material informativo de educação, avaliação frequente, receber cuidados por profissional habilitado acerca do uso de calçados adequados e acesso a um tipo de calçado especial, se houver deformidades.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Complicações do Diabetes; Pé diabético; Insulinoterapia.

Análise da mortalidade por causas externas no município de Cáceres-MT

Diego Renan Araújo, Isadora Stehling, Lucas Carrijo Naves, Flávio César Vieira Valentim, Mayra Aparecida Côrtes

Introdução: Mortes decorrentes de acidentes por causas externas já se encontra entre as três principais causas de óbitos na população. **Objetivo:** Analisar os óbitos periciados pelo Instituto Médico Legal (IML) advindos de causas externas e ocorridos no município de Cáceres/MT no ano de 2015. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, desenvolvido com base na análise dos laudos periciais dos indivíduos que vieram a óbito no município de Cáceres e que foram periciados pelo IML no ano de 2015. Foram analisadas a idade, sexo, etnia, mecanismo causal e conclusão do laudo por meio de estatística descritiva. A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2016 após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 1.370.263. **Resultados:** Dos 204 laudos periciados, 100 laudos (49,5%) ocorreram no município de Cáceres. Notou-se um percentual maior das vítimas na faixa etária de 21 a 40 anos (39%), 41 a 60 anos com 33%, acima de 60 anos com 17% e de 0 a 20 anos com 11%. Acidentes com motocicleta (11%) e carro (22%) representam 33% do total de óbitos, predomínio do sexo masculino e a primeira causa na totalidade. A idade média das vítimas envolvidas em acidentes com carro foi de 48,8 anos e moto 29,4 anos. Atropelamentos somam 9% com idade média de 47,5 anos, sendo 77,7% do sexo masculino. Homicídios por arma de fogo indicou 15% da totalidade, idade média de 29 anos e os homens representam 100% desses casos. Acidentes por afogamento com 8%, novamente predomínio do sexo masculino (75%) e idade média de 37,7 anos. No ano de 2015 houve 7 suicídios com idade média de 42 anos e 100% do sexo masculino. 14% apresentaram causa morte indeterminada, 4 % natural e 10% associados a outras causas. Os homens somam 90% dos óbitos totais. Em relação a etnia: 53% pardos (com predomínio em todos os tipos de acidentes), 30% brancos, 17% englobam negros e não declarados. Em relação ao mecanismo causal o choque hipovolêmico isolado ou associado a outro fator compreendeu 25% dos casos seguidos de traumatismo cranioencefálicos isolado ou não com 18% e politraumatismo com 13%, 7% relacionados a afogamento, 6% por causa indeterminada. Outros fatores englobaram 31%. **Conclusão:** A segunda maior causa de morte no município ocorre em homens jovens. As mortes por causas externas representam uma leitura local da região fronteira e, portanto, vê-se a necessidade do conhecimento das causas de morte a fim de orientar políticas preventivas a essas.

Palavras-chave: Causas externas; Medicina legal; Violência; Morte.

Aspectos fisiopatológicos da dor do membro fantasma

Vitor Daniel Zanchetta, Izadora Xavier Fonseca Chaves, Fernanda Barboza Mithqal Khalil

Introdução: A Dor do Membro Fantasma (DMF) é caracterizada como dor crônica associada à uma dor percebida no membro ausente. Estima-se que até 80% dos casos de amputação são seguidos de dor de membro fantasma, sendo essa uma postura anormal ou anatomicamente impossível. **Objetivo:** Revisar os principais mecanismos fisiopatológicos da dor do membro fantasma. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo descritiva e exploratória realizada em livros, artigos, periódicos nacionais e internacionais e em base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs e Scielo entre os anos de 2008 a 2016. **Resultados:** O ponto de início da DMF está relacionado a amputação do membro causando uma desregulação da rede normal de aferentes nervosos e da transmissão nociceptiva³. As principais teorias da DMF podem ser divididas em 3 grandes categorias: periféricas, espinhais e centrais. As teorias periféricas referem-se às terminações nervosas junto à lesão, desta maneira, os nervos remanescentes no coto da amputação formam nódulos chamados “neuromas”, gerando impulsos ectópicos continuamente (atividade elétrica espontânea) e perda no controle inibitório no corno da raiz dorsal. As teorias espinhais atribuem a DMF às alterações a nível medular, lâmina 2, como alteração nos campos receptivos dos neurônios do corno posterior da medula espinhal e das vias da dor. E, por fim, as teorias centrais tangem o conceito da neuromatriz de Melzack de 1990, que representa uma matriz de neurônios parcialmente criada através de experiências sensoriais durante a vida, incluindo experiências de dor, criando neurosinais ou memórias de cada parte do corpo no cérebro. Assim, as lesões e as desaferentações no Sistema Nervoso Central gerariam um estado de desequilíbrio e de deformação da neuromatriz que resultaria em dor. Desta forma, a dor do membro fantasma é um processo de neuroplasticidade, caracterizada pela reorganização anormal da neuromatriz. **Considerações finais:** Considerando a revisão das teorias fisiopatológicas, verifica-se que apesar de existirem teorias diferentes para explicar a DMF, é sabido que não exista apenas um mecanismo fisiopatológico para esse tipo de dor. E, por ventura, vale ressaltar que possam existir outros mecanismos ainda desconhecidos que venham agregar nos aspectos da dor do membro fantasma.

Palavras-chave: Dor; Dor crônica; Membro fantasma; Revisão.

Paciente com câncer de pulmão e cirrose hepática avançada: relato de caso

Laura Maria Oliveira de Paula, Marciely Brito de Souza, Maira Lima Miacava

Introdução: Câncer de pulmão é caracterizado por um crescimento celular anormal, incontrolado, em tecidos do pulmão, que invade tecidos vizinhos e a distância. Cirrose hepática é classificada como o estágio final da fibrose hepática avançada, é caracterizada por um processo difuso de fibrose, formação de nódulos e perda da arquitetura normal do fígado. **Objetivos:** Compreender e associar as diferentes comorbidades que o paciente possa possuir, e também analisar a gravidade de cada uma. **Método:** O artigo foi feito a partir de um estudo observacional, realizado perante histórico clínico, exame físico, dados laboratoriais e de imagem do paciente. **Resultado:** O presente artigo apresenta um relato de caso, em que o paciente possui adenocarcinoma de pulmão em estágio IV, simultaneamente apresenta cirrose hepática crônica. Sugeriu-se como tratamento, quimioterapia paliativa. Após três seções da mesma, o paciente apresentou agravamento da função hepática, e outras desordens, acarretadas pela quimioterapia. Foi aconselhada a internação imediata e transfusões tanto de plaquetas, quanto de hemácias. Observou-se no momento da internação, hemorragia digestiva alta, pela presença de melena e hematêmese, astenia, anorexia, plaquetopenia, leucopenia e anemia. No momento da transfusão de plaquetas, o paciente convulsionou e voltou da mesma, com insuficiência respiratória e hipotensão arterial. Foi intubado e encaminhado para a UTI, utilizando midazolam, fentanil e noradrenalina. Sendo encefalopatia hepática ou choque hipovolêmico como hipóteses diagnósticas, foi realizada endoscopia, evidenciou-se úlceras no estômago e varizes esofágicas. Após 10 dias, o paciente foi encaminhado para o quarto, desenvolveu quadros de ascite, edema de membros inferiores e icterícia, TGO, TGP e ferritina muito elevadas, sugerindo piora hepática. Foram prescritos Furosemida, Lactulose, Espironolactona, Simeticona, Aspartato de ornitina e Pantoprazol, para recuperação hepática e gástrica. O paciente se recuperou, e foi dada a alta em 11 dias. O Paciente continua fazendo acompanhamento das doenças de base. **Conclusões:** Portanto, é de suma importância verificar e associar a gravidade das diferentes comorbidades que o paciente possa ter, e ficar atento as possíveis intercorrências que possam acontecer, durante o tratamento de uma das disfunções.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; Adenocarcinoma; Cirrose hepática; Fibrose hepática.

Um relato de caso de alcaptonúria: mutação nova no gene HGD em uma família brasileira

Fabiana Canavarros Corrêa de Arruda Schneider, Claudinéia de Araújo, Charles Marques Lourenço, Rosa Maria Elias, Luciana Marques da Silva

Introdução: Alcaptonúria é uma doença de herança autossômica recessiva, caracterizada por mutações no gene homogentisato-1,2-dioxigenase (HGD), cuja consequência é um aumento da excreção de ácido homogentísico na urina e um depósito em vários órgãos e tecidos, como pigmentação enegrecida. **Objetivo:** relata um caso de mutação nova no gene HGD em um paciente com alcaptonúria, de uma família brasileira. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, branco, 8 anos, natural da cidade de Cuiabá – MT, que aos 4 anos foi encaminhado ao serviço de Genética Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMRP- USP) com suspeita de porfiria congênita, entretanto novo exame clínico associado a exames complementares resultou em diagnóstico de alcaptonúria. Foi realizado um rastreamento genético com a investigação de mutação no gene HGD e análise de DNA genômico por amplificação por reação em cadeia da polimerase (PCR), seguida de sequenciamento direto dos 14 exons do gene em todos os membros da família do paciente. Com relação aos critérios clínicos, aos 7 anos de idade o paciente foi diagnosticado com insuficiência valvar mitral discreta e prováveis microcálculos renais bilaterais na correlação clínica laboratorial e em 2015 foi prescrito a utilização da nitisinona. **Resultados:** Paciente com a presença de duas mutações missenses: c.808 G>A (p.G270R) no exon 11 e a variante nova c.557 T >A (p.M186K) no exon 9. O pai é portador da mutação c.557 T >A (p.M186K) no exon 9 e a mãe e o irmão possuem a mutação c. 808 G>A (p.G270R) no exon 11-9. **Discussão:** Alcaptonúria tem baixa prevalência no mundo, com exceção da Eslováquia, República Dominicana e Jordânia, em aldeias com elevado nível de casamentos consanguíneos. Neste trabalho relatamos o caso de um paciente heterozigoto para o gene HGD, com uma variante nova, oriunda de genitores não consanguíneos, com descendência alemã e indígena, resultados ainda não descritos na literatura médica brasileira. **Conclusão:** A ausência de citações na literatura foi o principal motivo da apresentação deste trabalho e a identificação das mutações deste estudo expande ainda mais o espectro das variantes do gene HGD, fornecendo dados importantes para a base molecular e um diagnóstico precoce da alcaptonúria na população brasileira.

Palavras-chave: Alcaptonúria; Gene homogentisato-1,2-dioxigenase; Sequenciamento direto; PCR; Brasil.

Manejo obstétrico na picnodisostose: relato de dois casos

Amanda Cristina Delmondes, Millena da Costa Moura, Letícia Pereira Scolari, Josiane Martin, Ranuce Ribeiro Aziz Ydy

Introdução: Picnodisostose é uma doença genética, caracterizada por baixa estatura e fragilidade óssea. Apesar de não ser fatal, pode causar morbidade significativa por problemas respiratórios, e fraturas frequentes, que durante a gestação, sendo classificada como gravidez de alto risco. **Objetivo:** Relatar dois casos de gestações em portadoras de picnodisostose. **Metodologia:** Relato de caso. **Resultados:** Caso 1: Paciente, 23 anos, 1,31m, primigesta, sem outros casos relatados na família de picnodisostose. Realizou pré-natal, onde deu entrada para interrupção da gestação por via alta com 34 semanas, após completado ciclo com corticoide. Exame físico da internação sem alterações, altura uterina de 32cm, feto único, longitudinal, cefálico, e BCF: 124bpm. Realizado parto cesárea, com raquianestesia, sem intercorrências. Recém-nascido apresentando apgar de 5 e 9, encaminhado para tratamento em UTI Neonatal, permanecendo por 42 dias. Caso 2: Paciente, 25 anos, 1,32m de altura, primigesta com história familiar de pais com picnodisostose. Desenvolveu diabetes gestacional com 32 semanas e foi tratada com orientações dietéticas apenas. Sem outras intercorrências durante a gestação, optou-se interrupção da gestação por via alta com 38 semanas. Neonato apresentando apgar de 8 e 9, com alta hospitalar após 48 horas. **Discussão:** Trata-se de 2 adultas jovens, com idade de 23 e 25 anos, primíparas, com acompanhamento pré-natal, caso 1 em serviço de referência do SUS em gravidez de alto risco e caso 2 em serviço privado. Durante a gestação a única intercorrência gestacional observada foi a diabetes gestacional no terceiro trimestre no caso 2, controlada apenas com orientações dietéticas. A condução do caso 1 foi intervencionista, optando por interrupção gestacional por via alta eletiva com 34 semanas visando evitar o trabalho de parto e possível fratura óssea. Em contrapartida, o caso 2 teve manejo conservador com gestação a termo de 38 semanas, interrompendo através de via alta. Ambas puérperas não apresentaram complicações intra e pós-parto, entretanto o neonato do caso 1 sofreu asfixia neo-natal e necessitou de cuidados intensivos, ao contrário do neonato do caso 2 que apresentou boa vitalidade. Observamos que os resultados fetais e maternos foram semelhantes aos vistos em gestações de mulheres sem a doença em questão, e que neste caso específico onde a gestação foi levada ao termo, não houve complicação da picnodisostose com fraturas maternas ou quaisquer problemas obstétricos. **Conclusão:** A picnodisostose é pouco abordada no meio científico, no que tange aos aspectos obstétricos, dificultando o consenso da condução do caso.

Palavras-chave: Picnodisostose; Gestação.

Eritema nodoso hansênico subtratado e suas sequelas

Amanda Cristina Delmondes, Millena da Costa Moura, Letícia Pereira Scolari, Josiane Martin, Maria Elisa Duarte Nadaf

Introdução: A hanseníase é um problema de saúde pública no Brasil que apresenta um espectro de formas clínicas polares, tuberculoides e lepromatosa, e intermediárias, borderline, determinadas pela resposta autoimune do paciente. As reações tipo 1 e 2 são eventos inflamatórios agudos que ocorrem no curso crônico da doença, que podem afetar pele e nervos. A hanseníase é uma doença agressiva que pode causar sequelas irreversíveis se tratada de forma inadequada. A manifestação clínica tipo 2 mais frequentemente relatada é o eritema nodoso hansênico (ENH) e pode ocorrer antes, durante e após o tratamento quimioterápico, principalmente em pacientes virchowianos. O ENH é comumente associado a sintomas sistêmicos e necessita imediatamente de anti-inflamatório e imunomodulador, devido a seu potencial de causa incapacidades. **Objetivo:** Relatar sobre os efeitos colaterais estéticos do uso crônico da prednisona no tratamento do quadro de reação hansenica e neurites. **Método:** Relato de caso. **Resultados:** Homem, 24 anos, portador de hanseníase multibacilar, tratado de forma regular com 24 cartelas de poliquimioterapia, apresentando reação do tipo eritema nodoso hansênico durante tratamento onde recebeu tratamento com prednisona 20 mg por um ano. Atualmente paciente tratado e sem atividade hansênica, porém com sequelas do tipo estrias gigantes disseminadas e apresentando nervos espessados e dolorosos. **Discussão:** A talidomida é eleita como tratamento de escolha para o eritema nodoso hansênico. O mecanismo de ação desta medicação envolve a inibição da expressão gênica seletiva do TNF-alfa (parece envolver maior taxa de degradação do RNA mensageiro para TNF-alfa) e, conseqüentemente, de suas funções. Este tem sido implicado no mecanismo de patogênese do dano neural da hanseníase. O uso da prednisona poderia ter sido substituída pela talidomida, evitando o surgimento das estrias gigante, já que a única reação do paciente era o ENH. **Conclusão:** A hanseníase multibacilar é uma doença capaz de deixar sequelas graves, principalmente nos pacientes que apresentam reações. Deve-se avaliar sempre o custo benefício do uso de drogas agressivas como a talidomida. No caso relatado os efeitos colaterais do corticoide deixaram sequelas relevantes no paciente, o que poderia ser evitado com uso da talidomida.

Palavras-chave: Hanseníase; Corticoide; Sequelas.

Complicações no pós-operatório do tratamento de doença hemorroidária: estudo comparativo entre técnicas cirúrgicas

Felipe Gustavo Gomes, Jacqueline Jessica De Marchi, Erik de Albuquerque, Ronan Djavier Alves Oliveira

Introdução: A Doença Hemorroidária (DH), pode ser definida como uma dilatação varicosa das veias anorretais da camada submucosa, por pressão venosa constantemente elevada no plexo hemorroidário. A epidemiologia da DH é conflitante e é considerada prevalente entre as chamadas patologias anorretais. Pacientes portadores da DH, em sua maioria, buscam auxílio médico devido complicações. O tratamento conservador é indicado na maioria das vezes; entretanto, quando não se observa melhora inicial, a abordagem local mais invasiva é indicada. O tratamento cirúrgico é reservado quando as condutas iniciais não demonstram efeitos, e considerada alternativa terapêutica inicial nos casos de doença hemorroidária grau III, IV e sintomáticos. A hemorroidectomia, em suas variadas técnicas, apresentam complicações com índices variando entre 3,1% e 12%, sendo as mais frequentes: dor local, retenção urinária, hemorragia, estenose anal, fissura anal, fístula perianal, incontinência anal e recidiva. **Objetivo:** O objetivo desse estudo é comparar as complicações pós-cirúrgicas da anopexia mecânica versus técnica de Obando. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional prospectivo multicêntrico, realizado em três hospitais de Cuiabá, através de um questionário objetivo previamente elaborado, contando com a escala subjetiva da dor, aplicado em três momentos: admissão, alta hospitalar e retorno ambulatorial pós-operatório (7-10 dias). **Resultados:** Em uma amostra, de 27 pacientes, 12 apresentaram complicações. Dentre os pacientes com complicações, 37% buscaram pronto-atendimento médico antes do retorno ambulatorial com queixa de dor, e mesmo após o uso de opioide endovenoso, 20% desses, necessitaram de reinternação no 2º dia pós-operatório, ficando em média três dias internado para analgesia. Como complicações tardias, um apresentou plicoma residual (técnica de Obando) e um evoluiu com estenose anal (anopexia mecânica), sendo indicado reabordagem cirúrgica. Entre os pacientes com queixa de dor, 60% foram submetidos técnica de Obando, contrapondo-se aos 40% onde realizou-se anopexia mecânica. **Conclusão:** Na presente amostra, foi constatado que quase metade dos pacientes apresentaram alguma complicação pós-operatória, sendo a mais frequente: dor. A maioria das complicações (58%), deram-se pela Técnica de Obando.

Palavras-chave: Hemorroida; Técnica Cirúrgica; Complicações.