

RONE ANTÔNIO ALVES DE ABREU
Organizador



**ARQUIVOS CIENTÍFICOS
DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS
DO NORTE DO TOCANTINS**

UNITPAC/AFYA

Arte da Capa

Título da arte: *O Doutor*

Autor: John Oliveira

Técnica utilizada: Acrílica sobre tela

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Setor de processamento técnico da Biblioteca Nicolau Carvalho Esteves

C397a Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos UNITPAC

Arquivos científicos das residências médicas do norte do Tocantins/
organizado por Rone Antônio Alves de Abreu – Araguaína, 2024.
118p. il.:

Obra composta por coletivo de autores.

ISBN: 978-65-993956-8-0

1. Pesquisa Científica 2. Residência médica. 3. Tocantins I. UNITPAC. II
Abreu, Rone Antônio Alves de. III Título.

CDU 001.8

AGRADECIMENTOS

Aos coordenadores dos Programas de Residência Médica: Dr. Aldo Lainetti – Reumatologia; Dra. Amanda Gonçalves Rodrigues –Pediatria; Dra Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva –Anestesiologia; Dr. Emanuell Felipe Silva Lima – Clínica Médica; Dr. Edilson Jorge Borba Sousa Júnior - Cirurgia Geral; e Dr. Nader Nazir Suleiman, pela ajuda constante na incansável condução dos programas de Residência Médica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
--------------------------	-----------

PEDIATRIA

1. ALERGIA ALIMENTAR COMO FATOR DESENCADEANTE DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	10
Ana Júlia Moreno Rabelo; Jaqueline Feleol Mendes; Alacid Alves Nunes; Clayton Pereira Silva de Lima; Emanuell Felipe Silva Lima; Aldo Lainetti; Amanda Gonçalves Rodrigues	
2. ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA DECORRENTE DO USO DE ANESTÉSICO INALATÓRIO: RELATO DE CASO.....	15
Ana Júlia Moreno Rabelo; Jaqueline Feleol Mendes; Alacid Alves Nunes; Clayton Pereira Silva de Lima; Emanuell Felipe Silva Lima; Aldo Lainetti; Amanda Gonçalves Rodrigues	
3. DERMATITE ATÓPICA GRAVE E SCORAD COMO FERRAMENTA CLÍNICA PARA AVALIAR A GRAVIDADE: RELATO DE CASO.....	20
Ana Júlia Moreno Rabelo; Jaqueline Feleol Mendes; Alacid Alves Nunes; Aldo Lainetti; Amanda Gonçalves Rodrigues	
4. TUMOR RARO EM OVÁRIO DIREITO DE PACIENTE PEDIÁTRICA: UM RELATO DE CASO.....	25
Ana Júlia Moreno Rabelo; Jaqueline Feleol Mendes; Alacid Alves Nunes; Aldo Lainetti; Rosângela do Socorro Pereira Ribeiro; Amanda Gonçalves Rodrigues	

CLÍNICA MÉDICA

5. RELATO DE CASO: ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE E INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA INDUZIDA POR FÁRMACO.....	30
Ana Cecília de Sousa Prado; Giovani Araújo Leite; Leonardo Santa Cruz Nogueira; Lucas Rocha Fonseca; Aliandra Orlandino Azevedo; Bruna Matos Rocha Arrais Maia Dantas; Antônio Alberto Ferrari Mendonça Neto	

6. DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA ASSOCIADA À SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO.....37

Lucas Rocha Fonseca; Ana Cecília de Sousa Prado; Eduarda Nascimento Gomides; Leonardo Santa Cruz Nogueira; Giovani Araujo Leite; Aliandra Orlandino Azevedo; Bruna Matos Rocha Arrais Maia Dantas; Emanuell Felipe Silva Lima

7. SÍNDROME DE OBESIDADE-HIPOVENTILAÇÃO: RELATO DE CASO.....43

Leonardo Santa Cruz Nogueira; Ana Cecília de Sousa Prado; Giovani Araújo Leite; Lucas Rocha Fonseca; Aliandra Orlandino Azevedo; Bruna Matos Rocha Arrais Maia Dantas; Antônio Alberto Ferrari Mendonça Neto

8. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DO MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE CASO.....46

Paulo Vitor Lima Abreu; Aliandra Orlandino Azevedo; Bruna Matos Rocha Arrais Maia Dantas; Ana Clara Filatier; Pollyanna Nogueira do Nascimento; Heitor Soares Guimarães; Antônio Alberto Ferrari Mendonça Neto

ANESTESIOLOGIA

9. RELATO DE CASO CLÍNICO: DESVENDANDO O ENIGMA – UMA PROVA TERAPÊUTICA DIANTE DE UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR.....52

Ana Laura Cardoso Costa; Sarah Roldão Batista; Leianny Coelho; Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva; Aliandra Orlandino Azevedo; Emanuell Felipe Silva Lima; Mhalhanny Lourenço Moraes; Lorena Brito Pereira

10. DESAFIOS E SOLUÇÕES NA ANESTESIA PARA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM RELATO DE CASO.....56

Larissa Brito Pereira; Emanuell Felipe Silva Lima; Mhalhanny Lourenço Moraes; Lorena Brito Pereira; Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva

11. RELATO DE CASO: HEMOTÓRAX MACIÇO APÓS A CATETERIZAÇÃO DA VEIA JUGULAR INTERNA DIREITA SOB ORIENTAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA.....64

Sarah Roldão Batista; Ana Laura Cardoso Costa; Bruna Braga Barros; Leianny Coelho Carvalho; Emanuell Felipe Silva Lima; Mhalhanny Lourenço Moraes; Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva

RELATO DE CASO: MANEJO ANÉSTESICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM ATRESIA DE VALVA PULMONAR, COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR E PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE SHUNT PULMONAR, SUBMETIDA A CATETERISMO CARDÍACO.....70

Danillo da Mota Moraes; Milena Matos da Cruz; Emanuell Felipe Silva Lima; Mhalhanny Lourenço Moraes; Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva

RELATO DE CASO: ANESTESIA COM BLOQUEIO DE NEUROEIXO PARA PARTO CESÁREO EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE.....75

Milena Matos da Cruz; Danillo da Mota Moraes; Leianny Coêlho de Carvalho; Emanuell Felipe Silva Lima; Mhalhanny Lourenço Moraes; Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva

RELATO DE CASO: MANEJO ANESTÉSICO DE CIRURGIA MÚLTIPLA - RECONSTRUÇÃO DA AORTA ASCENDENTE, CORREÇÃO DE DISSECÇÃO DE ARCO AÓRTICO E CORREÇÃO DE DISSECÇÃO TORACO ABDOMINAL.....80

Leianny Coêlho de Carvalho; Milena Matos da Cruz; Jane da Silva Propécio; Clayton Pereira Silva de Lima; Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva

CIRURGIA GERAL

A RELAÇÃO ENTRE ABSCESSO CERVICAL E MEDIASTINITE NECROTIZANTE DESCENDENTE: UM RELATO DE CASO.....85

Rômulo Antônio Fontoura Abreu; Gabriel Miranda Bezerra; Carolina Higashi; Rogério Rodrigues Veloso; Luiz Flávio Quinta Júnior; Hugo Weysfield Mendes; Jane da Silva Propécio; Clayton Pereira Silva de Lima; Rone Fontoura Abreu; Rone Antônio Alves de Abreu

TRATAMENTO DE LESÃO DE VIA BILIAR POR CPRE – RELATO DE CASO.....92

Rômulo Antônio Fontoura Abreu; Gabriel Miranda Bezerra; Carolina Higashi; Rogério Rodrigues Veloso; Luiz Flávio Quinta Júnior; Hugo Weysfield Mendes; Jane da Silva Propécio; Clayton Pereira Silva de Lima; Rone Fontoura Abreu; Rone Antônio Alves de Abreu

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE EM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLEXA: RELATO DE CASO.....98

Rone Fontoura Abreu; Rômulo Antônio Fontoura Abreu; Gabriel Miranda Bezerra; Carolina Higashi; Rogério Rodrigues Veloso; Luiz Flávio Quinta Júnior; Hugo Weysfield Mendes; Jane da Silva Propécio; Clayton Pereira Silva de Lima; Rone Antônio Alves de Abreu

LIPOMA GIGANTE DE CECO: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO.....104

Rone Fontoura Abreu; Rômulo Antônio Fontoura Abreu; Gabriel Miranda Bezerra; Carolina Higashi; Rogerio Rodrigues Veloso; Izabela Cecílio Sahum; Rosângela do Socorro Pereira Ribeiro; Alinne Katienny Lima Silva Macambira; Rone Antônio Alves de Abreu

RELATO DE CASO: ANGINA MESENTÉRICA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE.....111

Rone Fontoura Abreu; Rômulo Antônio Fontoura Abreu; Gabriel Bezerra; Carol Higashi; Rogério Veloso; Rosângela do Socorro Pereira Ribeiro; Alinne Katienny Lima Silva Macambira; Maycon Brescancin; Rone Antônio Alves de Abreu

APRESENTAÇÃO

Temos o grande prazer de apresentar à comunidade médica e à sociedade em geral esta coletânea de artigos de Residência Médica que resolvemos nomear de ARQUIVOS CIENTÍFICOS DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS DO NORTE DO TOCANTINS. A razão para essa escolha nos pareceu óbvia, uma vez que este livro é o primeiro – de muitos outros que ainda virão, certamente – dedicado à divulgação da produção científica das residências médicas ofertadas em Araguaína, Tocantins, uma cidade que emergiu como um farol de excelência na formação médica. De fato, a jornada começou com a implementação do curso de graduação em Medicina, pelo Unitpac, à época FAHESA, estabelecendo a fundação para um futuro robusto na educação médica. A evolução natural desse compromisso com a excelência culminou na inauguração do programa de Residência Médica, com a Clínica Médica e a Cirurgia Geral liderando o caminho em 2010. Desde então, Araguaína tem expandido suas ofertas, abraçando especialidades como Pediatria, Anestesiologia, Reumatologia, Clínica Médica e Cirurgia Geral, refletindo o crescimento e a diversificação das necessidades de saúde da região.

Os trabalhos selecionados para esta publicação, no entanto, contemplam quatro especialidades: Pediatria, Anestesiologia, Clínica Médica e Cirurgia Geral. Assim, cada uma dessas áreas sustentam uma seção da coletânea, escolha metodológica adotada para melhor organizar os textos por afinidades e oferecer ao leitor coordenadas para navegar pelo cenário do livro, que é composto por 19 estudos de caso. Nesse sentido, a primeira seção, **Pediatria**, reúne 4 textos, ao passo que a segunda, **Anestesiologia**, é composta por 6, e a terceira, **Clínica Médica**, por 4 e, a quarta e última, **Cirurgia Geral**, traz 5 trabalhos.

Cada artigo nesta coletânea é um testemunho do vigor e dedicação dos residentes e profissionais que contribuem para o contínuo avanço da medicina em Araguaína. Eles representam não apenas o conhecimento técnico, mas também o comprometimento humano e a compaixão que são essenciais na prática médica. O Conselho Regional de Medicina reconhece Araguaína como um modelo de formação médica, onde a teoria e a prática se entrelaçam para formar médicos não apenas altamente qualificados, mas também profundamente conscientes do seu papel social.

Esta coletânea é, portanto, uma celebração da excelência das residências médicas de Araguaína, cuja importância se estende a todo o norte do Tocantins como também a Estados vizinhos, como o Pará e Maranhão. Portanto, esta obra se traduz como um convite a você, leitor,

leitora, para explorar as diversas facetas da Medicina praticada aqui em Araguaína, uma Medicina que se adapta e responde às mudanças dinâmicas do campo da saúde. Cada página reflete o espírito inovador e a busca incessante por melhorias que caracterizam os programas de Residências Médicas de Araguaína, e cada palavra captura a essência do compromisso da cidade com a formação médica de qualidade. Uma boa leitura.

Rone Antônio Alves de Abreu



PEDIATRIA

**ALERGIA ALIMENTAR COMO
FATOR DESENCADEANTE DA
ESOFAGITE EOSINOFÍLICA NA
INFÂNCIA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

ALERGIA ALIMENTAR COMO FATOR DESENCADEANTE DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FOOD ALLERGY AS A TRIGGERING FACTOR OF EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS IN CHILDHOOD: A LITERATURE REVIEW

Ana Julia Moreno Rabelo¹; Jaqueline Feleol Mendes¹; Alacid Alves Nunes²; Clayton Pereira Silva de Lima²; Emanuell Felipe Silva Lima²; Aldo Lainetti²
Orientador(a): Amanda Gonçalves Rodrigues³

¹ Residente de Pediatria do Hospital Regional de Araguaína- TO

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Pediatra, Especialização em Alergia e Imunologia e Pós-graduada em Terapia Intensiva Pediátrica.
Coordenadora de Residência Médica em Pediatria.

Resumo

A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença inflamatória crônica, mediada imunologicamente e caracterizada pela infiltração da mucosa esofágica por eosinófilos causando repercussões locais que levam a uma disfunção esofagiana. A melhora ou resolução do processo com a dieta de exclusão alimentar indica um papel da alergia alimentar como fator desencadeante em alguns pacientes. Este estudo tem como objetivo identificar a associação da alergia alimentar como fator desencadeante da esofagite eosinofílica na infância. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura por meio da utilização das bibliotecas Scielo, Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), incluindo artigos e arquivos publicados a partir de 2018. A etiologia da resposta imunológica na EoE ainda não está completamente esclarecida, há uma combinação de fatores ambientais e predisposição genética.

Palavras-chave: Alergia alimentar; Imunologia; Eosinofilia.

Abstract

Eosinophilic esophagitis (EoE) is a chronic, immunologically mediated inflammatory disease characterized by infiltration of the esophageal mucosa by eosinophils causing local repercussions that lead to esophageal dysfunction. The improvement or resolution of the process with the food exclusion diet indicates a role for food allergy as a triggering factor in some patients. This study aims to identify the association of food allergy as a triggering factor for eosinophilic esophagitis in childhood. This is an integrative review of the literature using the Scielo, Brazilian Association of Allergy and Immunology (ASBAI) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP) libraries, including articles and files published from 2018 onwards. The etiology of the immunological response in EoE is not yet completely understood, there is a combination of environmental factors and genetic predisposition.

Keywords: Food allergy; Immunology; Eosinophilia.

INTRODUÇÃO

A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença inflamatória crônica, mediada imunologicamente e caracterizada pela

infiltração da mucosa esofágica por eosinófilos causando repercussões locais que levam a uma disfunção esofagiana. Cerca de 80% dos casos de EoE ocorre no

sexo masculino, sendo que alguns estudos relatam a existência de atopia em até 81% dos pacientes. As manifestações clínicas variam com a idade, na faixa etária pediátrica é possível ver um fenótipo mais inflamatório e nos adultos mais fibroestenótico. O tratamento envolve a combinação de drogas, dietas e dilatação, sendo a intervenção cirúrgica mais comum nos adultos decorrente da fibrose. Em relação a alergia alimentar, ainda não está bem estabelecido o seu papel no processo, porém a melhora ou resolução do processo com a dieta de exclusão alimentar indica um papel da alergia alimentar em alguns pacientes. Quanto à prevalência dos antígenos alimentares, parece haver correlação com a região geográfica e a idade dos pacientes, no entanto pesquisas destacam o leite como o alérgeno mais comum.

OBJETIVO

Identificar a associação da alergia alimentar como fator desencadeante da esofagite eosinofílica na infância.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura por meio da utilização das bibliotecas Scielo, Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). A busca foi realizada em maio de 2024, incluindo

artigos e arquivos publicados a partir de 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol acerca da associação entre a alergia alimentar e a esofagite eosinofílica. Foram selecionados 6 estudos que abordavam aspectos relevantes relacionados ao objetivo desta revisão.

REVISÃO DE LITERATURA

A definição de EoE é baseada em dois pilares diagnósticos: sintomas e histologia. O fato de a maioria dos pacientes apresentarem melhora com dietas de eliminação dos alérgenos mais comuns fala a favor do papel da alergia alimentar como desencadeante do processo imunológico. Em crianças, o leite, o ovo e o trigo são os antígenos mais comuns relacionados,

porém a doença também pode ser causada por muitos outros alimentos, sendo que cerca de 30 a 50% dos pacientes apresentam apenas 1 alimento causador da doença. Além de que, é necessário descartar outras causas de inflamação esofágica como a doença do refluxo gastroesofágico, doença de Crohn e outras infecções esofágicas.

Muitos mediadores inflamatórios e fatores de transcrição como o CD25, STAT-5, STAT-6, IL-4, IL-5, IL-13, eotaxina-1, eotaxina-2 e eotaxina-3 fazem o papel de recrutar eosinófilos para o esôfago, mas a biópsia contém elevada expressão da IL-5 que atua como importante fator no

crescimento eosinofílico ajudando a fechar o diagnóstico com 15 ou mais eosinófilos por campo microscópico de grande aumento, ainda hoje não havendo outros testes alérgicos menos invasivos. Suas principais manifestações clínicas nos lactentes e crianças menores são dificuldade alimentar, vômitos e refluxo, e nas crianças maiores a doença pode cursar com disfagia e impactação alimentar.

O diagnóstico é clínico-patológico, realizado por meio de endoscopia digestiva alta com biópsias que mostram infiltrado eosinofílico no esôfago em número maior ou igual a 15 eosinófilos por campo de grande aumento, além da clínica bem estabelecida. O tratamento dietético deve ser considerado em todas as crianças com EoE, 97% dos pacientes respondem a complementação com fórmulas de aminoácidos, mas devido ao baixa adesão e alto custo a dieta orientada pela restrição de alimentos baseada em testes alérgicos e eliminação de alérgenos mais comuns são mais utilizadas. O inibidor de bomba de prótons (IBP) é um medicamento útil para excluir DRGE como causa de eosinofilia

esofágica, mas o paciente pode se beneficiar do uso independente da causa primária da esofagite. O uso de corticosteróides tópicos deglutidos tem bom desfecho nos casos mais graves. O

tratamento cirúrgico com a dilatação esofágica vai depender do grau de estenose adquirida. O prognóstico ainda não está bem estabelecido, mas os sintomas tendem a recorrer ou persistir até a idade adulta, com períodos de melhora e piora.

CONCLUSÃO

A etiologia da resposta imunológica na EoE ainda não está completamente esclarecida, há uma combinação de fatores ambientais e predisposição genética. Na prática médica a dieta com a exclusão dos alérgenos melhora o curso natural da doença e a associação com outros tipos de alergias ajuda no diagnóstico prévio e consequentemente no bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

- Barros, C.; Ferreira, C.; Vieira, M. Esofagite eosinofílica. Sociedade Brasileira de Pediatria, nº3. 2018.
- Carvalho, S.; Costa, C.; Marcolino, J.; Duarte, F. C.; Barbosa, M. P. Esofagite eosinofílica numa consulta de alergia alimentar: caracterização e comparação entre idade pediátrica e idade adulta. Arq Asma Alerg Imunol, v. 3, n. 3, p. 301-308, 2019.
- Dall'Agnol, L.; Souza, P.; Bernhardt, C.; Ferrari, F. Esofagite eosinofílica: uma revisão narrativa. Arq Asma Alerg Imunol, v. 5, n. 2, 2021.

Ferreira C. T.; Vieira, M. C.; Barros, F. C.; Chehade, M. Eosinophilic esophagitis - Where are we today? *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. v. 95, p. 275-281, 2019.

Solé, D.; Silva, L. R.; Cocco R. R.; Ferreira, C. T.; Sarni, R. O.; Oliveira, L. C.; et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arq Asma Alerg Imunol*. v 2, n.1, p. 7-38, 2018.

Solé, D.; Silva, L. R.; Cocco R. R.; Ferreira, C. T.; Sarni, R. O.; Oliveira, L. C.; et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arq Asma Alerg Imunol*. v 2, n.1, p. 39-82, 2018.

Vieira, G. G.; Ribeiro, L. B. M.; Truppel, S. K.; Rosário Filho, N. A.; Vieira, M. C.; Endoscopic and histological characteristics in patients with eosinophilic esophagitis responsive and non-responsive to proton pump inhibitors. *Jornal de Pediatria*, v. 96, n. 5, p. 638-643, 2020.

**ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA
DECORRENTE DO USO DE
ANESTÉSICO INALATÓRIO:
RELATO DE CASO**

ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA DECORRENTE DO USO DE ANESTÉSICO INALATÓRIO: RELATO DE CASO

PERIOPERATIVE ANAPHYLAXIS RESULTING FROM THE USE OF ANESTHETICS INHALER: CASE REPORT

Ana Julia Moreno Rabelo¹ Jaqueline Feleol Mendes¹; Alacid Alves Nunes²; Clayton Pereira Silva de Lima²; Emanuel Felipe Silva Lima²; Aldo Lainetti²
Orientador(a): Amanda Gonçalves Rodrigues³

¹ Residente de Pediatria do Hospital Regional de Araguaína- TO

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Pediatra, Especialização em Alergia e Imunologia e Pós-graduada em Terapia Intensiva Pediátrica.
Coordenadora de Residência Médica em Pediatria.

Resumo

A anafilaxia é uma reação imunológica multissistêmica grave de início súbito e evolução rápida, ela ocorre na maioria das vezes mediada por IgE contra diferentes antígenos agindo com liberação imediata de histamina e outros reguladores de mastócitos e basófilos. Este estudo relata o caso de um paciente de 7 anos que evoluiu com anafilaxia perioperatória decorrente do uso de anestésico inalatório. O relato destaca a importância do rastreio pré-operatório em consulta com alergoimunologista em pacientes que já tiveram quadros anafiláticos, principalmente pós anestésicos.

Abstract

Anaphylaxis is a severe multisystem immunological occurrence with sudden onset and rapid evolution, most often mediated by IgE against different anticipated stimuli with immediate release of histamine and other regulators of mast cells and basophils. This study reports the case of a 7-year-old patient who developed perioperative anaphylaxis resulting from the use of inhalational anesthetics. The report highlights the importance of preoperative screening in consultation with an allergoimmunologist in patients who have already had anaphylactic conditions, especially post-anesthetic.

INTRODUÇÃO

A anafilaxia é uma reação imunológica multissistêmica grave de início súbito e evolução rápida, ela ocorre na maioria das vezes mediada por IgE contra diferentes antígenos agindo com liberação imediata de histamina e outros reguladores de mastócitos e basófilos. Em cerca de 10% dos casos o fator etiológico é desconhecido sendo chamada de anafilaxia idiopática. As

principais manifestações alérgicas incluem urticária e angioedema, mas para o diagnóstico deve haver pelo menos um dos três sintomas: hipotensão, dificuldade respiratória e/ou sintomas gastrointestinais graves. Em crianças, os sinais e sintomas cutâneos ocorrem na maioria dos casos, sendo que o broncoespasmo é a manifestação mais preocupante. Entretanto, recente estudo retrospectivo em crianças

identificou que o colapso cardiovascular foi o primeiro sinal em 59% dos casos, seguido por taquicardia e broncoespasmo, o que mostra que na população pediátrica as manifestações iniciais podem divergir. A conduta imediata inclui a exclusão do alérgeno suspeito, administração de adrenalina intramuscular (IM), decúbito dorsal com membros inferiores elevados e manutenção da volemia. Por ser uma condição grave as repercussões do quadro serão conduzidas em ambiente hospitalar e o paciente deve permanecer em observação até reversão total dos sintomas.

OBJETIVO

Relatar caso de anafilaxia perioperatória grave em paciente pediátrico após indução anestésica.

MÉTODOS

Estudo qualitativo realizado através de informações colhidas de prontuário eletrônico, ficha anestésica, associada a revisão de literatura. Relato de caso: I.B.C.M., 7 anos, previamente hígida. Aos 3 anos a paciente foi submetida a procedimento cirúrgico onde logo após a indução anestésica inalatória evoluiu com laringo e broncoespasmo, edema de glote e bradicardia, sendo necessária intervenção rápida com suspensão imediata do anestésico, infusão de anticolinérgico e intubação orotraqueal. Por ter evoluído com

uma via aérea difícil foram usadas pela equipe anestésica broncodilatador, corticoide e anti-inflamatório não esteroide para reverter o quadro. A menor permaneceu em coma induzido por 1 dia sendo extubada sem intercorrências. Decorrido esse episódio, os pais optaram por investigar a causa do evento grave com a avaliação de um especialista. Com base na anamnese e avaliação da ficha anestésica, sendo colocadas todas as medicações infundidas na linha do tempo, foi constatado que o anestésico inalatório foi o causador do quadro grave, sendo orientada a suspensão da medicação em futuros procedimentos cirúrgicos. Durante a consulta também foi levantada a hipótese de algumas atopias, sendo realizada todas as orientações necessárias quanto aos

cuidados, reconhecer os sinais e sintomas precoces de uma possível anafilaxia e a importância de portar adrenalina auto injetável. Mediante o quadro apresentado foi optado pela não realização de testes cutâneos.

DISCUSSÃO

A anafilaxia é uma reação aguda potencialmente fatal, sendo que os casos que evoluem para morte, em geral são decorrentes de uma intensa vasodilatação sistêmica que leva ao choque e/ou da parada respiratória secundária a obstrução das vias

aéreas superiores ou broncoespasmo grave. Nesse sentido, as manifestações clínicas são explicadas pela ação de todas essas substâncias nos diferentes tecidos, a histamina, por exemplo, aumenta a permeabilidade vascular, levando à hipotensão e taquicardia compensatória, bem como causa contração da musculatura lisa brônquica, provocando broncoespasmo. Esses são sinais que contribuem para que o paciente possa evoluir com necessidade de manutenção da via aérea de forma definitiva, assim como neste caso relatado em que a criança necessitou de ser entubada. (Antunes, et al., 2016; Aires, 2017)

O índice de anafilaxia vem aumentando nos últimos, principalmente em crianças pequenas, sendo os medicamentos e alimentos os principais desencadeantes apontados, o que mostra que este caso relatado entra nessas estatísticas. No perioperatório, a anafilaxia é uma manifestação rara, porém é um evento que pode ocorrer em qualquer procedimento que exija a administração de agentes anestésicos ou de outras substâncias, já que qualquer fármaco pode ser uma causa potencial, sendo que na maioria dos estudos epidemiológicos, os relaxantes neuromusculares são os principais causadores. Além disso, a administração simultânea de fármacos, hemoderivados e

outros agentes torna a investigação destes casos um desafio para o clínico, o que confirma a importância de uma investigação mais aprofundada por um médico especialista. (Aires, 2017; Faria, 2018)

Ademais, as reações de hipersensibilidade no período perioperatório são motivo de grande preocupação, visto que podem ocorrer de forma imprevisível em qualquer momento da cirurgia. Na maioria dos casos a reação é imediata e ocorre minutos após a indução anestésica e segundos ou minutos após a administração de bloqueadores neuromusculares ou antibióticos. É importante considerar que a anafilaxia pode manifestar-se apenas com um sintoma isolado como, por exemplo, taquicardia com hipotensão ou broncoespasmos, podendo assim atrasar o diagnóstico e ser fatal. Além de que, a evolução deste evento é particularmente grave em doentes asmáticos, doença que possui grande incidência na população pediátrica. Em virtude disso, a confirmação da suspeita clínica deve ser orientada em função dos conhecimentos dos agentes mais comumente envolvidos nas reações de hipersensibilidade no perioperatório naquela população. (Spindola 2020; Aires, 2017)

CONCLUSÃO

A anafilaxia perioperatória pode ocorrer em qualquer momento da anestesia, mas os quadros mais delicados ocorrem de forma súbita durante a indução anestésica. Os bloqueadores neuromusculares são os principais agentes causadores, sendo pouco comum relatos de anafilaxia com outros anestésicos. Os anestésicos inalatórios são muito utilizados na faixa etária pediátrica, e o sevoflurano, que foi o responsável pela reação grave na criança do relato de caso, é considerado um anestésico seguro. As reações nas crianças são, em geral, IgE mediadas e por isso tem repercussões mais preocupantes. Chama-se atenção para a importância do rastreio pré-operatório em consulta com alergoimunologista em pacientes que já tiveram quadros anafiláticos, principalmente pós anestésicos, uma vez que, embora o fator desencadeante não interfira na conduta inicial, é importante conhecer o agente alérgeno a fim de melhor caracterizar o diagnóstico. A anafilaxia é uma emergência médica com diagnóstico exclusivamente clínico e a prevenção do quadro, assim como a intervenção imediata tira o paciente do risco de óbito.

REFERÊNCIAS

- Aires, R. T. Anafilaxia na sala de emergência. *Revista de Pediatria SOPERJ*. v. 17, (supl 1) (1), p. 12-21. 2017.
- Antunes, A., et al. Anafilaxia. *Sociedade Brasileira de Pediatria* n° 1, 2016.
- Faria, E. Anafilaxia e os agentes anestésicos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, v. 26, n. 4, p. 239-254. 2018
- Pescadinha, A., et al. Anafilaxia: o que você precisa saber. Livro eletrônico, 1° ed. Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Recife, PE, 2021.
- Spindola, M. A. C. et al. Atualização sobre reações de hipersensibilidade perioperatória: documento conjunto da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI). Parte I: tratamento e orientação pós-crise. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. v. 70, n. 5, p.534-548. 2020.
- Valencia, M. I. B. Anafilaxia perioperatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia (Edição em espanhol)*, n. 65, ed. 4, p. 292-297. 2015.

DERMATITE ATÓPICA GRAVE E SCORAD COMO FERRAMENTA CLÍNICA PARA AVALIAR A GRAVIDADE: RELATO DE CASO

DERMATITE ATÓPICA GRAVE E SCORAD COMO FERRAMENTA CLÍNICA PARA AVALIAR A GRAVIDADE: RELATO DE CASO

SEVERE ATOPIC DERMATITIS AND SCORAD AS A CLINICAL TOOL TO ASSESS SEVERITY: CASE REPORT

Ana Julia Moreno Rabelo¹ Jaqueline Feleol Mendes¹ Alacid Alves Nunes² Aldo Lainetti²
Orientador(a): Amanda Gonçalves Rodrigues³

¹ Residente de Pediatria do Hospital Regional de Araguaína- TO

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Pediatra, Especialização em Alergia e Imunologia e Pós-graduada em Terapia Intensiva Pediátrica.
Coordenadora de Residência Médica em Pediatria.

Resumo

A dermatite atópica é uma doença crônica e recidivante acomete principalmente pacientes da faixa etária pediátrica. Sua fisiopatologia inclui fatores genéticos, alterações na barreira cutânea e imunológicas. O diagnóstico é clínico e a classificação de gravidade avaliada por meio do SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) que considera extensão da doença, gravidade da lesão e sintomas subjetivos, como prurido e perda de sono. O presente artigo tem como objetivo relatar caso de uma paciente diagnosticada com dermatite atópica grave, no qual foi usado o SCORAD como ferramenta de avaliação do tratamento.

Palavras-chave: Dermatite Atópica; Gravidade; SCORAD;

Abstract

Atopic dermatitis is a chronic and relapsing disease that mainly affects pediatric patients. Its pathophysiology includes genetic factors, changes in the skin barrier and immunological factors. The diagnosis is clinical and the severity classification is assessed using SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis), which considers the extent of the disease, the severity of the lesion and subjective symptoms, such as itching and loss of sleep. Objective: To report the case of a patient diagnosed with severe atopic dermatitis, in which SCORAD was used as a treatment evaluation tool.

Keywords: Atopic Dermatitis; Gravity; SCORAD;

Introdução

A dermatite atópica é uma doença crônica e recidivante acomete principalmente pacientes da faixa etária pediátrica. Segundo (PETER et al, 2024) a maioria dos pacientes com DA apresenta doença leve a moderada. No entanto, uma subpopulação de pacientes desenvolve sintomas graves. A

DA grave pode ser vagamente descrita como a presença de lesões eczematosas generalizadas, prurido incessante ou doença física ou emocionalmente incapacitante que compromete significativamente a qualidade de vida do paciente .

Na grande maioria dos casos, a DA começa antes dos cinco anos de idade e os dados de

prevalência em crianças mostram uma ligeira preponderância feminina. A DA persistente além da infância pode afetar aproximadamente 50% dos pacientes diagnosticados com DA durante a infância (SILVERBERG; HOW, 2024).

Uma multiplicidade de mecanismos está envolvida na patogênese da DA, incluindo disfunção da barreira epidérmica, fatores genéticos, desregulação imunológica distorcida por células T

auxiliares tipo 2 (Th2), microbioma da pele alterado e gatilhos ambientais de inflamação (SILVERBERG; HOW, 2024).

O espectro clínico amplo da DA pode levar a diagnósticos e tratamentos errôneos com frequência. As características da DA, incluindo idade de início, distribuição, prurido intenso, xerose, liquenificação e associação com atopia, podem ajudar a distinguir a DA dos demais diagnósticos. O diagnóstico diferencial da DA em crianças e adultos é amplo e inclui doenças primariamente dermatológicas, até mesmo outras que podem se manifestar com lesões cutâneas que se assemelham muito à DA.

O diagnóstico é clínico e a classificação de gravidade avaliada por meio do SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) que considera extensão da doença, gravidade da lesão e sintomas subjetivos, como prurido e

perda de sono. O presente artigo tem como objetivo relatar caso de uma paciente diagnosticada com dermatite atópica grave, no qual foi usado o SCORAD como ferramenta de avaliação do tratamento. Foi realizado estudo qualitativo realizado

através de prontuário eletrônico associado a revisão de literatura.

Relato de caso

E.M.M. ,2 anos, sem comorbidades, com história de desde os 6 meses de idade surgimento de lesões eritematosas e pruriginosas difusas em corpo de caráter intermitente, com infecção secundária durante o período de recidiva das lesões, associada a prurido intenso difuso em corpo que impactava extremamente no sono e também acarretava prejuízo nas atividades escolares.

Fez uso de anti-histamínico, corticoide tópico e antibiótico tópico e oral com melhora parcial dos sintomas. Ao exame físico apresentava lesões crostosas, eczematosas, com descamação e liquenificação em região anterior de tornozelos bilateralmente, fossa cubital bilateralmente e região poplíteia bilateralmente com presença de lesões hipocromicas, xerodermia e escoriações. Realizado diagnóstico de dermatite atópica e classificada através do SCORAD como

grave (62 pontos). Iniciado tratamento orientando a mãe sobre a importância do controle ambiental e cuidados com a pele, introduzido hidratação diária na pele, uso de corticoide tópico de média potência por 10 dias, inibidores de calcineurina por 10 dias, posteriormente realizado retirada gradual em dias alternados e antibioticoterapia tópica por uma semana. Para controle do prurido optou - se por anti-histamínico de primeira geração. Após 20 dias paciente retorna a consulta apresentando regressão significativa de lesões e melhora do prurido.

FIGURA 1: EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DA PACIENTE



Antes e depois do tratamento.

Discussão

Os princípios gerais do tratamento da DA incluem melhora da barreira cutânea, eliminação dos fatores desencadeantes, educação e participação ativas dos pacientes e familiares, e tratamento das lesões inflamatórias, pois as alterações da

barreira cutânea com possibilidade de penetração de alérgenos e patógenos e a consequente desregulação imunológica são as principais causas para explicar o processo inflamatório que se estabelece no nível da pele.

A hidratação da pele é uma das medidas mais importantes quando se inicia o tratamento, independente da gravidade da doença. Os corticosteroides tópicos são a primeira linha de tratamento para as crises agudas de DA, sua efetividade é alcançada com a aplicação correta, na potência indicada para cada região e na quantidade suficiente.

Inibidores tópicos da calcineurina inibem a transcrição de genes de citocinas pró-inflamatórias, como IL-2, que são dependentes do fator nuclear de ativação de células T, estão indicados para uso em áreas sensíveis de pele mais fina, como pregas cutâneas e face, em duas aplicações diárias nas áreas com lesão.

A paciente apresentou melhora importante do quadro clínico após tratamento, com queda expressiva na pontuação de classificação, sendo classificada por meio do SCORAD como dermatite atópica leve (5 pontos) demonstrando assim a efetividade da terapêutica instituída.

Considerações finais

Segundo (Campos et al , 2017), o prurido crônico é muitas vezes intratável, tendo, portanto, grande impacto na qualidade de vida do paciente, pois prejudica até mesmo o sono, afetando o comportamento diurno e a produtividade das crianças, como demonstrado no relato de caso.

A educação de todos os indivíduos envolvidos no cuidado com a criança é fundamental no manejo da DA. Faz-se essencial prover informação simples, clara e sem ambiguidades, com o objetivo de reduzir o impacto negativo na qualidade de vida familiar, já que a falta de informação sobre a doença e seu tratamento aumenta a ansiedade dos pais e dificulta a adesão ao tratamento e aos cuidados gerais primordiais para o sucesso terapêutico (Campos et al 2017)

Referências

CAMPOS et al. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. Revista Paulista de Pediatria . N. 35 . V.01 ,2017

PRADO, Evandro et al. Dermatite atópica grave: guia prático de tratamento da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. Revista oficial da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia ASBAI.

Volume 6 - Número 4. Outubro-Dezembro 2022.

SILVERBERG; HOW. Dermatite atópica (eczema): patogênese, manifestações clínicas e diagnóstico . UpToDate ,2024 .

**TUMOR RARO EM OVÁRIO
DIREITO DE PACIENTE
PEDIÁTRICA: UM RELATO DE
CASO**

TUMOR RARO EM OVÁRIO DIREITO DE PACIENTE PEDIÁTRICA: UM RELATO DE CASO

RARE TUMOR IN THE RIGHT OVARY OF A PEDIATRIC PATIENT: A CASE REPORT

Ana Julia Moreno Rabelo¹ Jaqueline Feleol Mendes¹ Alacid Alves Nunes² Aldo Lainetti², Rosangela do Socorro
Pereira Ribeiro²
Orientador(a): Amanda Gonçalves Rodrigues³

¹ Residente de Pediatria do Hospital Regional de Araguaína- TO

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Pediatra, Especialização em Alergia e Imunologia e Pós-graduada em Terapia Intensiva Pediátrica.
Coordenadora de Residência Médica em Pediatria.

Resumo

Os tumores ovarianos são raros na faixa etária pediátrica, mas devem ser considerados em pacientes do sexo feminino de 0 a 19 anos com dor na região hipogástrica e massa abdominal. Este artigo tem como objetivo relatar o caso de uma lactente diagnosticada com tumor de células da granulosa ovariana em criança, uma patologia rara na faixa etária pediátrica.

Palavras - chave: Tumor; Ovário; Pediatria.

Abstract

Ovarian tumors are rare in the pediatric age group, but should be considered in female patients aged 0 to 19 years with pain in the hypogastric region and an abdominal mass. This article aims to report the case of an infant diagnosed with ovarian granulosa cell tumor in a child, a rare pathology in the pediatric age group.

Keywords: Tumor; Ovary; Pediatrics

Introdução

Os tumores de ovário são raros na infância, porém devem ser considerados em pacientes femininas de 0-19 anos com dor em região hipogástrica e com massa abdominal. Esses podem ser malignos ou benignos, sendo os malignos responsáveis por cerca de 1% de todos os cânceres pediátricos (UHDE, Sara Petrini Ritter et al, 2022).

Pode cursar com quadro clínico que varia desde assintomáticos a dor pélvica, distensão abdominal e emagrecimento

associados a exames de imagem com lesão sólida anexial (ACUNA et al, 2022).

A etiologia do câncer de ovário parece ser multifatorial, incluindo fatores reprodutivos, familiares e pessoais. Histologicamente, os tumores do ovário têm origem nos três tipos de células que compõem o ovário: células epiteliais, do estroma e germinativas (PICCOLLI, Maiara Aparecida, 2018).

Dentro do grupo dos TCG (Tumores de Células da Granulosa) podemos nos

encontrar com 2 subtipos: TCGJ (Tumores de Células da Granulosa Juvenil) e TCGA (Tumores de Células da Granulosa Adulto) (ACUNA et al, 2022).

Os TCG são considerados pouco agressivos com uma taxa de sobrevida de 95% em pacientes no estágio I da doença (segundo a classificação da FIGO), porém existem relatos de evolução maligna com invasão angiolinfática e metástase hepática, pulmonar, renal e peritoneal (ACUNA et al, 2022).

Relato de caso

A paciente M.I.S , 3 meses , sexo feminino, peso: 7,7 kilos, acompanhada de genitora encaminhada a unidade hospitalar com história de há 7 dias ter iniciado quadro de diarreia , aproximadamente 7 episódios ao dia (sem muco ou sangue) e vômitos após as mamadas. Evoluindo concomitante com quadro de aumento do volume abdominal acentuado. Mãe também observou há um dia presença de sangue vivo em pequena quantidade em fralda. Refere um pico febril (não aferido temperatura) durante o quadro. Negou outros sintomas. História patologia pregressa : Nascida de parto vaginal, a termo, sem necessidade de reanimação neonatal. Negou quadro semelhantes prévios. Negou alergia medicamentosa. Cartão vacinal conclusão de Tumor de

células da completo. Está em aleitamento materno exclusivo. História patológica familiar: Mãe e pai sem comorbidades. Mãe desconhece história patológica de familiares. Ao exame físico lactente apresenta o abdômen Globoso, distendido, depressível, piparote positivo ,presença de massa volumosa palpável sem limites precisos , ruídos hidroaéreos reduzidos. Genitália: típica feminina. Foi realizada Ultrassonografia abdominal total evidenciando massa hipocóica a esclarecer na cavidade abdominal. Solicitado interconsulta a cirurgia pediátrica que avaliou paciente e programou laparotomia exploradora. Na cirurgia foi realizada laparotomia exploradora com Salpingooforectomia direita . Achados: ascite volumosa, de aspecto citrino com grumos (cerca de 800 ml) e volumoso tumor de ovário direito, de aspecto sólido cístico, com útero aumentado de volume. Feito inventário da cavidade, cúpulas diafragmáticas, fígado, ovário contralateral e peritônio sem alteração . Coletado Alfaeto pré-operatória: 100,8 ng/ml e Alfaeto pós-operatória: 62,37 ng/ml; Beta Hcg pós-operatória : < 0,2; LDH: 578; Foi realizado o histopatológico com produto de salpingooforectomia à direita com a granulosa, tipo juvenil.

Discussão

Os tumores de células granulosas são tratados fundamentalmente com cirurgia, que pode ser seguida de tratamento adjuvante nos casos de doença extra ovariana. Nos tumores em estadiamento avançado (III e IV) a cirurgia citorrredutora está indicada, de forma semelhante à abordagem empregada para as neoplasias epiteliais, com impacto negativo na sobrevida quando existe tumor residual macroscópico pós operatório(ACUNA et al, 2022)..

Nesses casos em geral utiliza se tratamento adjuvante, embora não haja consenso quanto à forma de abordagem. Não existe consenso, no entanto, para as indicações de radio ou quimioterapia (PICCOLLI, Maiara Aparecida, 2018).

O estadiamento continua sendo o principal fator prognóstico nos TCG ovarianos. Pacientes com TCGJ com tumores restritos ao ovário (ECI) tem bom prognostico, alcançando sobrevida entre 75-90% em 5 anos sendo ainda um pouco variável (ACUNA et al, 2022).

Considerações finais

O prognostico do paciente é influenciado além do estadiamento da lesão, pela presença de rotura capsular tumoral, grau de diferenciação tumoral, índice mitótico, presença de embolização vascular e de células neoplásicas O tratamento cirúrgico é inicialmente indicado frente ao diagnóstico de tumor de ovário. O tipo de intervenção cirúrgica depende do estadiamento cirúrgico (ACUNA et al, 2022).

REFERÊNCIAS

- ACUNA et al. Relato de caso tumor de celulas da granulosa juvenil de ovário. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba, v. 5, n.5, p.20549-20560, sep./oct., 2022.
- PICCOLLI, Maiara Aparecida et al . de células da camada granulosa ovárioem criança: relato de caso. Revista Thêma et Scientia ,vol. 8, n. 1, jan/jun 2018
- UHDE, Sara Petrini Ritter et al. Tumor de ovário em crianças e adolescentes: análise de casos em um centro de referência em oncologia pediátrica. Research, Society and Development, v. 11, n. 13, 2022.

CLÍNICA MÉDICA

**RELATO DE CASO: ANEMIA
HEMOLÍTICA AUTOIMUNE E
INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
INDUZIDA POR FÁRMACO**

RELATO DE CASO: ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE E INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA INDUZIDA POR FÁRMACO

Case Report: Autoimmune Hemolytic Anemia and Acute Renal Failure Induced by Drug

Ana Cecilia de Sousa Prado¹, Giovani Araujo Leite¹, Leonardo Santa Cruz Nogueira¹, Lucas Rocha Fonseca¹
Aliandra Orlandino Azevedo², Bruna Matos Rocha Arrais Maia Dantas²
Orientador: Antonio Alberto Ferrari Mendonça Neto³

¹ Residente de Clínica Médica do Hospital Regional de Araguaína – TO.

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Médico especialista em Clínica Médica e preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Regional de Araguaína – TO.

Resumo

A anemia hemolítica autoimune e a insuficiência renal aguda são condições médicas críticas que, quando presentes simultaneamente, podem levar a um desfecho fatal se não diagnosticadas e tratadas rapidamente. Este estudo relata o caso de um paciente de 59 anos, sem comorbidades prévias, que desenvolveu anemia hemolítica autoimune e insuficiência renal aguda após o uso de tetraciclina e fitoterápicos. A combinação de resultados laboratoriais e achados clínicos permitiu um diagnóstico preciso e direcionou o tratamento adequado. A descontinuação dos medicamentos suspeitos e o início da hemodiálise, juntamente com transfusões de sangue, foram cruciais para a recuperação do paciente. Este relato de caso destaca a importância do reconhecimento precoce e manejo adequado dessas condições, aumentando a conscientização sobre os efeitos adversos potenciais de medicamentos comuns e a necessidade de vigilância clínica rigorosa.

Palavras-chave: Anemia hemolítica; Insuficiência renal aguda; Tetraciclina; Fitoterápicos; Hemodiálise.

Abstract

Autoimmune hemolytic anemia and acute renal failure are critical medical conditions that, when present simultaneously, can lead to a fatal outcome if not diagnosed and treated promptly. This study reports the case of a 59-year-old male patient with no previous comorbidities who developed autoimmune hemolytic anemia and acute renal failure after using tetracycline and herbal medicines. The combination of laboratory results and clinical findings allowed for an accurate diagnosis and appropriate treatment direction. The discontinuation of suspected medications and the initiation of hemodialysis, along with blood transfusions, were crucial for the patient's recovery. This case report highlights the importance of early recognition and proper management of these conditions, raising awareness about the potential adverse effects of common medications and the need for rigorous clinical vigilance.

Keywords: Hemolytic anemia; Acute renal failure; Tetracycline; Herbal medicines; Hemodialysis.

Introdução

A anemia hemolítica autoimune e a insuficiência renal aguda são condições médicas críticas que, quando presentes

simultaneamente, podem levar a um desfecho fatal se não diagnosticadas e tratadas rapidamente. A anemia hemolítica é uma condição em que os glóbulos

vermelhos (hemácias) são destruídos prematuramente, resultando em uma diminuição significativa de oxigênio transportado pelo sangue. Esta condição pode ser classificada em três categorias principais: autoimune, onde o sistema imunológico do próprio corpo ataca as hemácias; aloimune, que ocorre geralmente após transfusões sanguíneas ou durante a gravidez; e hemólise induzida por medicamentos (HIM), que é desencadeada por certas drogas que interagem com a membrana das hemácias, tornando-as antigênicas. O estudo de casos raros, como a HIM, é crucial para aprimorar o conhecimento médico e orientar o tratamento de futuros pacientes.

A anemia hemolítica autoimune (AHA) é uma condição relativamente rara, com uma incidência anual estimada de 1 a 3 casos por 100.000 pessoas, mas sua morbidade pode ser significativa devido à destruição rápida das hemácias e subsequente anemia severa (Roumenina et al., 2016). Em particular, a anemia hemolítica induzida por medicamentos é uma complicação séria e imprevisível, muitas vezes difícil de prever ou prevenir, dado que pode resultar de uma variedade de fármacos, incluindo antibióticos, anti-inflamatórios e outros agentes terapêuticos (Petz, 2006). A identificação precoce e a suspensão do agente causador são cruciais para o manejo

adequado e a recuperação do paciente (Gehrs & Friedberg, 2002).

A insuficiência renal aguda (IRA) é definida pela perda súbita da função

renal, resultando no acúmulo de resíduos nitrogenados no sangue. Esta condição pode ser causada por diversos fatores, incluindo nefrotoxicidade induzida por medicamentos. A IRA é uma condição relativamente comum, afetando aproximadamente 13-18% dos pacientes hospitalizados e até 50% dos pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI) (Hoste et al., 2015). A nefrotoxicidade induzida por drogas é uma causa significativa de IRA, com medicamentos como aminoglicosídeos, anti inflamatórios não esteroidais (AINEs) e alguns antibióticos estando frequentemente implicados (Kellum & Lameire, 2013).

A combinação de anemia hemolítica e insuficiência renal aguda representa um desafio diagnóstico e terapêutico significativo, pois ambos os estados patológicos podem potencialmente exacerbar a condição do paciente, aumentando o risco de complicações graves e morte. A interação entre essas condições pode levar a um ciclo vicioso, onde a hemólise contribui para a disfunção renal e a IRA agrava a anemia, dificultando ainda mais o manejo clínico (Bernstein et

al., 2013). Estudos de caso como este são essenciais para entender melhor as complexas interações entre diferentes condições médicas e para desenvolver estratégias de tratamento mais eficazes.

Relato de Caso

Paciente V.R.S., sexo masculino, 59 anos, sem comorbidades prévias, apresentava queixa de sintomas urinários baixos, disúria e esforço miccional, o que o levou a fazer uso de um medicamento fitoterápico e 2 g de tetraciclina em dose única. Dois dias após, procurou atendimento hospitalar devido a quadro agudo de oligoanúria (diminuição significativa da produção de urina), astenia (fraqueza), febre, anasarca (edema generalizado) e rash cutâneo (erupção na pele).

Os exames laboratoriais na entrada hospitalar revelaram: hemoglobina de 10,0 g/dL, creatinina de 7,41 mg/dL, ureia de 153 mg/dL, bilirrubinas totais de 2,63 mg/dL e bilirrubina indireta de 1,36 mg/dL. O exame de urina tipo 1/ EAS mostrou hemoglobina +, proteína +, leucocitúria importante e nitrito negativo. Realizados estudos Ultrassonográficos de rins, vias urinárias e próstata, sem sinais de doença obstrutivas ou demais alterações. Indicado terapia de substituição renal de urgência devido a insuficiência renal aguda.

Após primeira sessão de hemodiálise, o paciente evoluiu com icterícia importante ao exame físico, e apresentando exames laboratoriais com hemoglobina de 7,5 g/dL e bilirrubina total de 11,40 mg/dL, bilirrubina indireta 8,82 mg/dL. Foram realizados novos exames laboratoriais no dia seguinte, apresentando significativa piora, com hemoglobina de 5,4 g/dL e bilirrubina total de 13,38 mg/dL, bilirrubina indireta 10,67 mg/dL, LDH: 538 U/L, haptoglobina: 219 mg/dL, reticulócitos 3% e 89.100 mm³, coombs direto negativo. A combinação de resultados laboratoriais e achados clínicos permitiu levantar a suspeita de AHA e IRA induzida por tetraciclina.

Paciente apresentou rápida e significativa melhora do quadro, pois não manteve uso da medicação, e com medidas de suporte. Foi realizado transfusão sanguínea de 1 concentrado de hemácias, evoluindo com melhora do quadro de anemia a cada dia e mantida terapia de substituição renal com rápida recuperação da função renal. Após 2 semanas de internação apresentou últimos exames laboratoriais com hemoglobina de 9,2 g/dL, com creatinina

de 1,10 mg/dL e ureia: 38 mg/dL sem hemodiálise, indicado alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

Discussão

Este caso destaca a complexidade do diagnóstico e tratamento da anemia hemolítica autoimune (AHA) e insuficiência renal aguda (IRA) induzidas por fármacos. A tetraciclina, um antibiótico comum, pode desencadear hemólise e IRA, especialmente quando combinada com fitoterápicos. A hemólise induzida por medicamentos (HIM) é um fenômeno raro, mas significativo, onde medicamentos como penicilinas, cefalosporinas e tetraciclina podem causar hemólise através da formação de complexos imunes ou modificação direta da membrana das hemácias (Petz, 2008).

A hemólise induzida por tetraciclina pode ser particularmente problemática devido à sua capacidade de desencadear uma resposta imune que leva à destruição das hemácias. Esta resposta pode ser mediada por anticorpos dirigidos contra complexos formados entre o fármaco e os componentes da membrana celular dos glóbulos vermelhos (Pirofski et al., 1996). Além disso, a nefrotoxicidade associada à tetraciclina pode exacerbar a disfunção renal, aumentando a gravidade da IRA (Schrier et al., 2004).

O manejo adequado de HIM inclui a descontinuação dos medicamentos suspeitos e o início imediato de

hemodiálise e transfusões sanguíneas, como evidenciado neste caso. A intervenção precoce é crucial para a reversão dos efeitos tóxicos e a recuperação da função renal (Schrier et al., 2004). A hemodiálise desempenha um papel vital na remoção de substâncias

tóxicas e na estabilização dos parâmetros bioquímicos do paciente, enquanto as transfusões sanguíneas ajudam a corrigir a anemia grave causada pela destruição das hemácias (Johnson & Feehally, 2019).

A conscientização sobre os potenciais efeitos adversos dos medicamentos é essencial para evitar complicações graves e melhorar o prognóstico dos pacientes. Profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e sintomas de hemólise e IRA em pacientes que utilizam medicamentos conhecidos por sua potencial nefrotoxicidade e hemotoxicidade. Educação continuada e atualizações frequentes sobre farmacovigilância são necessárias para garantir a segurança dos pacientes (Moore et al., 2018).

A abordagem multidisciplinar no manejo de casos complexos como este é fundamental. Envolve nefrologistas, hematologistas e outros especialistas para desenvolver um plano de tratamento abrangente e individualizado. A comunicação eficaz entre a equipe médica

e o paciente também é crucial para garantir a adesão ao tratamento e o monitoramento contínuo dos efeitos adversos (Bernstein et al., 2013).

Conclusão

Este relato de caso enfatiza a importância da vigilância clínica rigorosa ao prescrever e consumir medicamentos, especialmente quando combinados com fitoterápicos. A ocorrência de anemia hemolítica autoimune e insuficiência renal aguda induzidas por tetraciclina sublinha a necessidade de monitoramento atento e intervenções rápidas. O reconhecimento precoce das complicações e o manejo adequado, incluindo a descontinuação do agente

causador e a implementação de tratamentos de suporte, podem melhorar significativamente os resultados clínicos dos pacientes (Johnson & Feehally, 2019).

A literatura destaca que a hemólise induzida por medicamentos, embora rara, pode ter consequências graves e imprevisíveis (Petz, 2008). Estudos têm mostrado que a interação entre fitoterápicos e medicamentos convencionais pode potencialmente exacerbar reações adversas, indicando a necessidade de maior cautela e investigação contínua nesse

campo (Izzo & Ernst, 2009). Além disso, a nefrotoxicidade associada a certos medicamentos, como a tetraciclina, reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar no tratamento de pacientes com condições complexas (Schrier et al., 2004).

A investigação contínua sobre os mecanismos de hemólise induzida por tetraciclina e as interações entre fitoterápicos e medicamentos convencionais é crucial para aprimorar a segurança e eficácia dos tratamentos. Estudos adicionais podem ajudar a identificar fatores de risco específicos, melhorar as diretrizes de prescrição e desenvolver estratégias preventivas eficazes (Moore et al., 2018). A conscientização e a educação contínua dos profissionais de saúde sobre essas interações são essenciais para reduzir a incidência de complicações graves e melhorar o cuidado ao paciente (Roumenina et al., 2016).

Referências

1. Bernstein, S. E., Williams, K. N., & Paredes, J. (2013). Acute kidney injury and hemolysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 24(6), 907-918.

2. Gehrs, B. C., & Friedberg, R. C. (2002). Autoimmune hemolytic anemia. *American Journal of Hematology*, 69(4), 258-271.
3. Hoste, E. A., Bagshaw, S. M., Bellomo, R., Cely, C. M., Colman, R., Cruz, D. N., ... & Kellum, J. A. (2015). Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study. *Intensive Care Medicine*, 41(8), 1411-1423.
4. Kellum, J. A., & Lameire, N. (2013). Diagnosis, evaluation, and management of acute kidney injury: a KDIGO summary (Part 1). *Critical Care*, 17(1), 204.
5. Roumenina, L. T., Rayes, J., Frimat, M., & Fremeaux-Bacchi, V. (2016). Endothelial cells: source, barrier, and target of defensive mediators. *Immunological Reviews*, 274(1), 307-329.
6. Johnson, R. J., & Feehally, J. (2019). *Comprehensive Clinical Nephrology*. Elsevier.
7. Moore, T. J., Furberg, C. D., & Mattison, D. R. (2018). Drug induced hematologic disorders. *New England Journal of Medicine*, 379(2), 1-10.
8. Petz, L. D. (2008). Drug-induced immune hemolytic anemia. *Transfusion Medicine and Hemotherapy*, 35(5), 346-349.
9. Pirofski, L. A., Casadevall, A., & Scharff, M. D. (1996). IgG-mediated immune responses and pathogenesis of immune hemolytic anemia. *Blood Reviews*, 10(3), 166-174.
10. Schrier, R. W., Wang, W., Poole, B., & Mitra, A. (2004). Acute renal failure: definitions, diagnosis, pathogenesis, and therapy. *The Journal of Clinical Investigation*, 114(1), 5-15.

**DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA
ASSOCIADA À SÍNDROME DE
KARTAGENER: RELATO DE CASO**

DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA ASSOCIADA À SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO

PRIMARY CILIARY DYSKINESIA ASSOCIATED WITH KARTAGENER SYNDROME: CASE REPORT

Lucas Rocha Fonseca¹, Ana Cecília de Sousa Prado¹, Eduarda Nascimento Gomides³, Leonardo Santa Cruz Nogueira¹, Giovani Araujo Leite¹, Aliandra Orlandino Azevedo², Bruna Matos Rocha Arrais Maia Dantas²
Orientador: Emanuell Felipe Silva Lima²

¹ Residente de Clínica Médica do Hospital Regional de Araguaína – TO

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Médico especialista em Clínica Médica e Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Regional de Araguaína-TO

Abstract

Primary ciliary dyskinesia (PCD) is a rare genetic condition that affects the mobility of cilia in the respiratory epithelium, compromising mucociliary transport and making patients susceptible to chronic respiratory infections. This case report describes a 32-year-old patient with PCD associated with Kartagener's syndrome, highlighting the clinical and diagnostic aspects. The diagnosis was based on clinical criteria and imaging tests, with additional tests to confirm PCD. Treatment included antimicrobials, respiratory physiotherapy and immunizations. Awareness of PCD and early diagnosis are key to improving patients' quality of life.

Keywords: Primary ciliary dyskinesia; Kartagener's syndrome; Situs inversus; Bronchiectasis; Hemoptysis.

INTRODUÇÃO

A discinesia ciliar primária (DCP) é um distúrbio genético raro que afeta a função dos cílios no epitélio respiratório, resultando em mobilidade reduzida ou não coordenada. Os cílios são essenciais para o transporte mucociliar, que limpa as vias aéreas de muco e partículas. A falha nesse mecanismo torna os pacientes vulneráveis a infecções respiratórias crônicas e acúmulo de secreções, impactando significativamente sua qualidade de vida e aumentando a morbidade.

Estima-se que a DCP ocorra em aproximadamente 1 em cada 10.000 a 20.000 nascimentos, mas a prevalência pode ser subestimada devido à dificuldade diagnóstica. Os sintomas da DCP geralmente começam logo após o nascimento e incluem dificuldades respiratórias neonatais, sinusite crônica, otite média recorrente e, em muitos casos, infertilidade em homens devido à disfunção dos flagelos espermáticos (CILIA, 2021). A DCP também está frequentemente associada à síndrome de Kartagener, que se

caracteriza pela tríade de sinusite crônica, bronquiectasias e situs inversus (EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY, 2021).

O diagnóstico de DCP envolve uma combinação de características clínicas e testes diagnósticos especializados, incluindo a medição do óxido nítrico nasal, análise da função ciliar através de microscopia eletrônica e testes genéticos. A abordagem diagnóstica é desafiadora devido à variabilidade das manifestações clínicas e à sobreposição com outras doenças respiratórias (MDPI, 2021).

O tratamento é multifacetado e inclui o uso de antibióticos para tratar infecções respiratórias, fisioterapia respiratória para melhorar a depuração mucociliar, e medidas preventivas como imunizações (FRONTIERS, 2021).

Este relato de caso descreve a trajetória clínica de um paciente de 32 anos com DCP associada à síndrome de Kartagener, destacando os aspectos clínicos e diagnósticos que conduziram ao seu diagnóstico. Nosso objetivo é aumentar a conscientização sobre essa condição, evidenciando a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

RELATO DE CASO

O paciente, um homem de 32 anos, branco, residente em Araguaína-TO, foi admitido no pronto-socorro com um episódio de hemoptise volumosa que persistia há três dias.

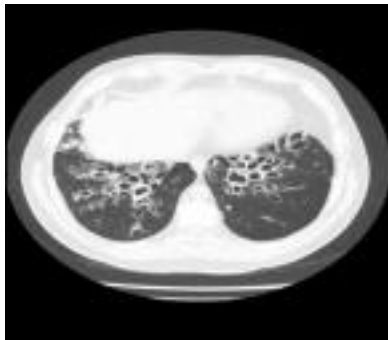
Desde o nascimento, apresentou sintomas respiratórios, principalmente tosse produtiva com secreção esverdeada, que se intensificaram ao longo dos anos. Ao longo de sua vida, teve várias internações devido a infecções das vias aéreas superiores e inferiores, com uma média de 2 a 3 internações por ano, sendo diagnosticado com asma aos 5 anos. Na infância, foi detectado situs inversus abdominal sem repercussões clínicas significativas.

Durante o exame físico, o paciente estava em estado geral regular, afebril, ativo, cooperativo, acianótico, anictérico, normocorado e normohidratado. Os sinais vitais mostraram saturação de oxigênio de 96%, frequência cardíaca de 66 bpm, pressão arterial de 100x60 mmHg, temperatura de 35°C e frequência respiratória de 18 irpm. A ausculta pulmonar revelou estertores bibasais, sugerindo infecção crônica e acúmulo de secreções. No exame cardiovascular, o ritmo era regular com bulhas normofonéticas. O abdome estava plano e flácido, com ruídos hidroaéreos presentes e sem dor à palpação. Os membros inferiores não apresentavam sinais de empastamento,

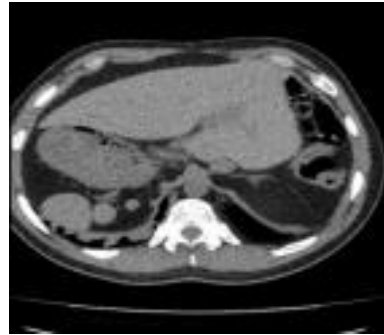
mas havia hipocratismo digital, um sinal clássico de doença pulmonar crônica. O exame neurológico mostrou escala de Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficit focal.

Exames de imagem

1. Tomografia de Tórax sem Contraste: Presença de bronquiectasias em lobo médio e inferior e levocardia.



2. Tomografia Abdome: Presença de situs inversus abdominalis com baços acessórios.



3. Tomografia de Seios da Face: Presença de sinusopatia.



4. Broncoscopia: Bronquite purulenta com presença de sangue e coágulos nos brônquios do lobo inferior direito.

Exames laboratoriais

Exames laboratoriais indicaram hemoglobina de 13.1 g/dL, leucócitos de 9.300/mm³ e plaquetas de 395.000/mm³, com níveis elevados de Proteína C-reativa, sugerindo inflamação. O espermocitograma não revelou espermatozoides, corroborando a infertilidade associada à DCP.

DISCUSSÃO

A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença autossômica recessiva

frequentemente associada à síndrome de Kartagener, que inclui sinusite crônica, situs inversus e bronquiectasia. O diagnóstico do paciente foi confirmado com base nos critérios clínicos e nos achados de imagem. Testes adicionais, como o escore de Picard, teste de sacarina, medida do óxido nítrico exalado, microscopia eletrônica e teste genético, foram fundamentais para confirmar a DCP.

A análise da composição ciliar por microscopia eletrônica de transmissão (TEM) tem sido tradicionalmente utilizada para confirmar o diagnóstico de DCP. No entanto, esse método não é eficaz para identificar um número crescente de variantes de DCP que apresentam uma estrutura quase normal. A TEM é capaz de identificar defeitos confiáveis, como a ausência completa ou parcial dos braços de dineína externos e internos, além de desorganização microtubular. Nos últimos anos, a imunofluorescência de alta resolução tem sido introduzida como uma ferramenta adicional para investigar a localização subcelular das proteínas ciliares no epitélio respiratório humano (CILIA, 2021).

O manejo da DCP inclui o uso de antimicrobianos para controlar infecções, fisioterapia respiratória para melhorar a função pulmonar e imunizações para

prevenir infecções. As diretrizes de tratamento são amplamente baseadas nas diretrizes de fibrose cística, pois poucos estudos foram realizados especificamente sobre DCP. O tratamento é primariamente voltado para melhorar a depuração mucociliar e o tratamento precoce das infecções bacterianas das vias aéreas (MDPI, 2021).

A abordagem terapêutica envolve uma equipe multidisciplinar, incluindo pediatras, pneumologistas, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, para otimizar o manejo e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A terapia com antibióticos é essencial para tratar as infecções respiratórias e prevenir exacerbações. Além disso, a fisioterapia respiratória desempenha um papel crucial na manutenção da função pulmonar

e na prevenção de complicações a longo prazo (FRONTIERS, 2021).

Em conclusão, a DCP é uma condição complexa que requer um diagnóstico precoce e um manejo abrangente para minimizar as complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Conscientização sobre a doença e a implementação de uma abordagem terapêutica multidisciplinar são fundamentais para o sucesso do tratamento a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. FRONTIERS. Primary Ciliary Dyskinesia: An Update on Clinical Aspects, Genetics, Diagnosis, and Future Treatment Strategies. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.685598/full>. Acesso em: 23 maio 2024.
2. CILIA. Diagnosis and management of primary ciliary dyskinesia. Disponível em: <https://ciliajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-021-01832-2>. Acesso em: 23 maio 2024.
3. EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. Primary ciliary dyskinesia: a consensus statement on diagnostic and treatment approaches in children. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/57/4/2003387>. Acesso em: 23 maio 2024. MDPI. Current and Future Treatments in Primary Ciliary Dyskinesia. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1422-0067/22/18/9834>. Acesso em: 23 maio 2024.
4. NIELSEN, K. G.; HAARMAN, E. G. Current and Future Treatments in Primary Ciliary Dyskinesia. Int. J. Mol. Sci. 2021, 22(18), 9834. DOI: 10.3390/ijms22189834.
5. NATURE. Characteristic genetic spectrum of primary ciliary dyskinesia in Japanese patients and global ethnic heterogeneity. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s10038-023-01073-5>. Acesso em: 23 maio 2024.
6. BMC MEDICAL GENOMICS. Whole genome sequencing in the diagnosis of primary ciliary dyskinesia. Disponível em: <https://bmcmmedgenomics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12920-021-00961-7>. Acesso em: 23 maio 2024. 7.

SINDROME DE OBESIDADE- HIPOVENTILAÇÃO: RELATO DE CASO

SINDROME DE OBESIDADE-HIPOVENTILAÇÃO: RELATO DE CASO

Leonardo Santa Cruz Nogueira¹, Ana Cecilia de Sousa Prado¹, Giovani Araújo Leite¹, Lucas Rocha Fonseca¹, Aliandra Orlandino Azevedo², Bruna Matos Rocha Arrais Maia Dantas²
Orientador: Antonio Alberto Ferrari Mendonça Neto³

¹ Residente de clínica médica, do hospital regional de Araguaína

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Professor da Faculdade de medicina da UNIITPAC Araguaína e especialista em Clínica médica

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Obesidade –Hipoventilação (SOH) é caracterizado com um distúrbio respiratório composto pelo somatório de obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) + hipercapnia ($PaCO_2 > 45 \text{ mmHg}$), porém com ausência de outras doenças como hipotireoidismo, DPOC, miopatias, cifose graves, que explicariam a hipercapnia do paciente. Desta forma, trata-se de uma doença de exclusão, onde o único fator predominante é a obesidade. ¹

O principal fator de risco para o SOH é a apneia obstrutiva do sono (AOS) que está presente em mais de 90% dos casos, porém não é diagnóstico, sendo assim, não é necessário a realização do polissonografia para o diagnóstico. Além disso, podemos ter quadro de insuficiência cardíaca associada a esta doença. ²

RELATO DE CASO

Paciente MLM, feminina 48 anos de idade, hipertensa, diabética, portadora de obesidade grau 3, deu entrada no Hospital Regional de Araguaína devido há um

quadro de dispneia súbita associada a cianose central, inicialmente foi ofertado O_2 em VNI com resposta satisfatória, com melhora expressiva do quadro respiratório. Devido a complexidade do caso, a paciente foi transferida para unidade de cuidados intensivos, onde ficou por 20 dias, neste período a paciente adquiriu uma pneumonia hospitalar o que prolongou o período intra-hospitalar.

Após este período ficamos com a paciente na ala da clínica médica, aonde foi ofertado O_2 suplementar de forma constante, sem remissão de uso pela paciente. Ao tentar desmame a mesma evoluía novamente com cianose central.

Foram realizados os seguintes exames relevantes durante internação na ala: 1) Tomografia de tórax, sem alterações, sem sinal de congestão, pneumopatias ou DPOC, sem sinais de má formação torácica e tromboembolismo pulmonar.

2) Ecocardiograma com fração de ejeção de 73, sem sinais de hipertrofia ou alterações valvares.

3) Gasometria arterial: Ph:7,46, PO₂ 57,3 ; PCO₂ 55,4; chco₃ 39,3 e SAT O₂: 90.8

Ao se descartar todas as causas orgânicas para a retenção crônica de CO₂, foi dado o diagnóstico de SOH. A mesma recebeu alta após 40 dias de internação em uso de O₂ contínuo. Não foi iniciado CPAP domiciliar devido a dificuldade de arrumar este material pelo SUS e pela boa aceitação da paciente apenas a suplementação de O₂.

DISCUSSÃO

A SOH é uma doença pouco diagnosticada no nosso meio, por se tratar de um diagnóstico de exclusão. O diagnóstico tardio está ligado diretamente ao aumento da morbimortalidade destes pacientes. Visando uma rapidez no diagnóstico e tratamento correto foi sugerido um fluxograma que representaremos a seguir.

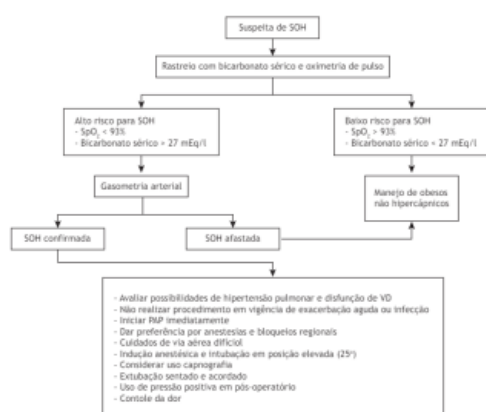


Figura 1: fluxograma sugerido pra diagnóstico de SOH ^{3 1}

Espera-se que com a utilização deste fluxograma, o diagnóstico de SOH ocorra

de forma mais rápida, e assim tendo menos complicações para o paciente

REFERÊNCIAS

1. Athayde RAB de, Oliveira Filho JRB de, Lorenzi Filho G, Genta PR. Obesity hypoventilation syndrome: a current review. J bras pneumol [Internet]. 2018Nov;44(6):510–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000332>
- 2 BICKELMANN AG, BURWELL CS, ROBIN ED, WHALEY RD. Extreme obesity associated with alveolar hypoventilation; a Pickwickian syndrome. Am J Med. 1956;21(5):811-8. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(56\)90094-8](https://doi.org/10.1016/0002-9343(56)90094-8)
- 3 Chau EH, Lam D, Wong J, Mokhlesi B, Chung F. Obesity hypoventilation syndrome: a review of epidemiology, pathophysiology, and perioperative considerations. Anesthesiology. 2012;117(1):188-205. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31825add60>

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO
COMO APRESENTAÇÃO INICIAL
DO MIELOMA MÚLTIPLO:
RELATO DE CASO**

ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DO MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE CASO

ACUTE OBSTRUCTIVE ABDOMEN AS THE INITIAL PRESENTATION OF MULTIPLE MYELOMA: CASE REPORT

Paulo Vitor Lima Abreu¹, Aliandra Orlandino Azevedo², Bruna Matos Rocha Arrais Maia Dantas², Ana Clara Filatier³, Pollyanna Nogueira do Nascimento³, Heitor Soares Guimarães³
Orientador: Antonio Alberto Ferrari Mendonça Neto⁴

¹ Residente de Clínica Médica do Hospital Regional de Araguaína - TO.

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Acadêmico de Medicina UNITPAC – Araguaína-TO.

⁴ Médico especialista em Clínica Médica e Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Regional de Araguaína-TO

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Médica do Hospital Regional de Araguaína - TO

Abstract

Multiple myeloma is a disease caused by a neoplastic clonal B lymphocyte, forming cells that contain anomalous immunoglobulins. It represents the second most common hematological neoplasm in the world, second only to lymphoma. The clinical manifestations arise from the infiltration of neoplastic plasma cells in the organs. We present a case of a patient diagnosed with multiple myeloma, having a common initial presentation of acute abdomen.

Keywords: multiple myeloma; acute abdomen; diagnosis.

INTRODUÇÃO

O mieloma múltiplo é uma doença causada pela proliferação de um linfócito B clonal neoplásico, formando células que produzem imunoglobulinas anômalas. Representa a segunda neoplasia hematológica mais comum no mundo, perdendo apenas para o linfoma. As manifestações clínicas são oriundas da infiltração de plasmócitos neoplásicos nos órgãos. O mieloma múltiplo é uma doença incurável, sendo o principal objetivo do

tratamento é aumentar a sobrevida e a qualidade de vida.

RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 71 anos, hipertenso, com história de parada de eliminação fecal há 5 dias associado a 1 episódio de vômito, procura serviço por dor e distensão abdominal. Realizado Rotina Radiológica de Abdome Agudo notando-se distensão importante de cólon esquerdo, sendo realizado quebra de fecaloma com

irrigação de SF 0,9% via retal pela equipe cirúrgica.

Durante admissão exames laboratoriais apresentaram pancitopenia, sendo hemoglobina 6,6, leucócitos 3.000 e plaquetas 113.000. Realizado 1 concentrado de hemácias na ocasião.

No 6º dia de internação apresentou piora clínica com dispneia e dor torácica associada a tosse secretiva. Realizada TC de tórax e abdome total com achados de consolidação sugestiva de pneumonia, pequeno derrame em bases e coprostase colônica difusa, iniciado antibióticoterapia. Paciente evoluiu com melhora da tosse, porém queixando-se de persistência da dor torácica.

Devido a queixa, foi realizada Tomografia de coluna lombar com achados de rarefações ósseas difusas, espondilose lombar e redução da densidade óssea com múltiplas lesões líticas esparsas no esqueleto axial. Em eletroforese de proteína apresentou pico monoclonal de beta 2 globulina.

Em seguida foi acionado o serviço de hematologia, indicando a realização de um mielograma na qual confirmou diagnóstico de mieloma múltiplo (infiltração de 42% plasmócitos).

Paciente evoluiu com deterioração do quadro clínico, não tolerando início do tratamento oncológico, vindo a óbito poucos dias após o diagnóstico.

Exames de imagem

1. Tomografia de Tórax sem Contraste:

Derrame pleural de pequeno volume bilateral, determinando atelectasia compressiva adjacente. Espessamento difuso de paredes brônquicas. Área de consolidação em base pulmonar esquerda com presença de broncograma aéreo.

2. Tomografia de Coluna Lombar sem contraste:

rarefações ósseas difusas, espondilose lombar, redução da densidade óssea com múltiplas lesões líticas esparsas no esqueleto axial.

3. Tomografia de Abdome Total:

Edema difuso de tecido subcutâneo, moderada coprostase colônica, divertículos colônicos sem sinais inflamatórios. Pequena ascite.

4. Eletroforese de proteínas:

pico monoclonal de betaglobulina, correspondendo a 62,1%. (figura 1)

ELETROFORESE DE PROTEÍNAS

Data do exame: 11/06/2023 16:08:10
Data do recebimento: 09/06/2023 14:58:21

PROTEÍNAS TOTAIS	5,6 g/dL	Proteínas Totais: 6,4 a 8,3 g/dL
RELACÃO A/G	0,28	Relação A/G: 0,86 a 2,26
ALBUMINA	2,14 g/dL	Albumina: 4,31 a 4,79 g/dL 35,5 a 56,1%
ALFA1 GLOBULINA	0,38 g/dL	Alfa-1 Globulina: 0,22 a 0,41 g/dL 2,3 a 4,3%
ALFA2 GLOBULINA	0,48 g/dL	Alfa-2 Globulina: 0,58 a 0,66 g/dL 3,1 a 11,8%
BETA1 GLOBULINA	0,23 g/dL	Beta-1 Globulina: 0,36 a 0,52 g/dL 4,3 a 7,2%
BETA2 GLOBULINA	6,25 g/dL	Beta-2 Globulina: 0,22 a 0,42 g/dL 3,1 a 8,1%
GAMA GLOBULINA	0,19 g/dL	Gama Globulina: 0,75 a 1,32 g/dL 11,1 a 16,9%
% ALBUMINA	22,3 %	
% ALFA1 GLOBULINA	3,1 %	
% ALFA2 GLOBULINA	5,0 %	
% BETA1 GLOBULINA	2,4 %	
% BETA2 GLOBULINA	65,2 %	
% GAMA GLOBULINA	2,0 %	

Observação:

Presença de pico monoclonal em região de Betaglobulina, correspondendo a 62,1% do total de proteína.

Figura 1 – Eletroforese de proteínas: pico monoclonal em região de betaglobulina.

5. Mielograma: Medula óssea intensamente hiper celular para a idade, apresentando 42% de plasmócitos (figura 2)

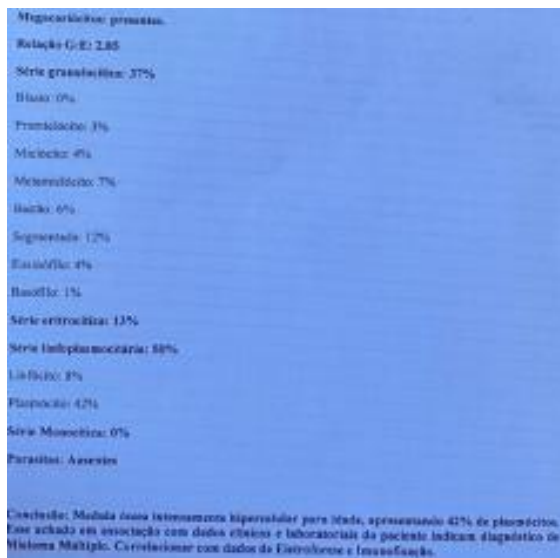


Figura 2 - Foto do laudo de mielograma do paciente em questão.

DISCUSSÃO

O mieloma múltiplo é um transtorno de células plasmáticas identificado por proliferação da medula óssea que leva à destruição óssea. Sua incidência aumenta com a idade, com média para diagnóstico de 70 anos, sendo rara em indivíduos com menos de 40 anos.

Os achados clínicos alternam de assintomático, à astenia e dor óssea, especialmente na coluna e no tórax, sendo atípica a manifestação inicial por abdome agudo obstrutivo. Caracteristicamente, o

esqueleto axial é o local de predomínio das lesões que são de natureza lítica e raramente associadas à formação osteoblástica de osso novo, com comprometimento múltiplo na coluna vertebral, costelas, crânio, bacia e fêmur. Lesões difusas do esqueleto apendicular podem ocorrer; mas geralmente acompanhadas de extenso envolvimento axial.

A manifestação inicial por abdome agudo obstrutivo é incomum, estando associada à redução da qualidade de vida e maior número de hospitalização, sendo nítida a importância do diagnóstico precoce e início do tratamento dos pacientes, reduzindo a morbimortalidade.

Assim, conclui-se que é significativo o reconhecimento das particularidades mais comuns da fisiopatologia e apresentação clínica do mieloma múltiplo, uma vez que o diagnóstico precoce e tratamento adequado interferem consideravelmente na

qualidade de vida e sobrevida dos pacientes. Entretanto, manifestações iniciais atípicas devem também ser identificadas devido à gravidade clínica e epidemiológica no contexto das neoplasias ósseas primárias.

REFERÊNCIAS

1.Maiolino A et al. Transplante de células tronco hematopoiéticas em gamopatas

monoclonais. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. 2010.

2.Voguel et al. Pathologic fractures in patients with multiple myeloma endergoing bisphosphonate therapy: Incidence and Correlation With Course of Disease. AJR 2009; 193:656-661.

3.Kyle RA, Rajkumar SV. Distúrbios das Células Plasmáticas. In: Goldman L, Ausiello D. Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005:1373-1383.

4.Mangan P. Recognizing multiple myeloma. Nurse Pract. 2005; 30(3):14-27.

5.Bacal NS, Faulhaber MHW, Brito ACM, Mendes CEA, Nozawa ST, Kanayama RH et al. Mieloma Múltiplo: 50 casos diagnostica- dos por citometria de fluxo. Rev Bras Hematol Hemoter. 2005; 27(1):31-6.

6. HUNGRIA, Vania; MAIOLINO, Angelo. Mieloma múltiplo: progressos e desafios. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 29, p. 1-2, 2007.

ANESTESIOLOGIA

**RELATO DE CASO CLÍNICO:
DESVENDANDO O ENIGMA – UMA
PROVA TERAPÊUTICA DIANTE DE
UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR**

RELATO DE CASO CLÍNICO: DESVENDANDO O ENIGMA – UMA PROVA TERAPÊUTICA DIANTE DE UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

CASE REPORT: UNRAVELING THE ENIGMA – A THERAPEUTIC CHALLENGE IN THE FACE OF A DIAGNOSTIC PUZZLE

Ana Laura Cardoso Costa¹, Sarah Roldão Batista¹, Leianny Coelho¹, Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva², Aliandra Orlandino Azevedo², Emanuell Felipe Silva Lima², Mhalhanny Lourenço Morais²
Orientadora: Lorena Brito Pereira³

¹ Médica Residente em Anestesiologia do Hospital Regional de Araguaína, Tocantins

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Médica Anestesiologista do Hospital Regional de Araguaína, Tocantins

RESUMO

Este relato de caso descreve uma complicação tromboembólica durante a anestesia em um paciente submetido a cirurgia bucomaxilar após um trauma facial. Durante a indução anestésica, o paciente apresentou plethora em tórax superior e cianose em região cervical e cabeça, evoluindo para uma parada cardiorrespiratória. Após tentativas de reanimação, o paciente apresentou retorno da circulação espontânea. Exames físicos revelaram uma lesão cicatricial em cervical, suspeitando-se de uma alteração anatômica devido a um enforcamento prévio. Sugere-se que esta lesão tenha originado um trombo em vasos cervicais, que embolizou durante a indução anestésica, resultando em uma pseudo síndrome da veia cava superior. O procedimento cirúrgico foi suspenso e o paciente estabilizado antes de ser encaminhado para observação médica. Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce e manejo adequado de complicações anestésicas, enfatizando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para garantir a segurança do paciente durante procedimentos cirúrgicos.

Palavras-chave: Complicações anestésicas. Trauma facial. Tromboembolia.

ABSTRACT

This case report describes a thromboembolic complication during anesthesia in a patient undergoing buccomaxillary surgery following facial trauma. During anesthesia induction, the patient exhibited upper chest plethora and cyanosis in the cervical and head regions, progressing to a cardiopulmonary arrest. After resuscitation attempts, the patient experienced spontaneous circulation return. Physical examinations revealed a scar lesion in the cervical area, raising suspicion of an anatomical alteration due to prior strangulation. It is suggested that this lesion may have originated a thrombus in cervical vessels, which embolized during anesthesia induction, resulting in a pseudo superior vena cava syndrome. The surgical procedure was halted, and the patient stabilized before being transferred for medical observation. This case underscores the importance of early recognition and proper management of anesthetic complications, emphasizing the need for a multidisciplinary approach to ensure patient safety during surgical procedures.

Keywords: Anesthetic complications. Facial trauma. Thromboembolism.

INTRODUÇÃO

Os procedimentos anestésicos são fases importantes durante um procedimento cirúrgico, sendo essencial o conhecimento médico das principais complicações que podem decorrer durante e após a indução anestésica. O relato de caso presente terá como principal objetivo descrever uma complicação tromboembólica durante a anestesia em uma cirurgia da bucomaxila no Hospital Regional de Araguaína. Tal trabalho objetiva contribuir com o conhecimento científico e enriquecer as discussões clínicas no âmbito médico.

RELATO DE CASO

A.J.M., sexo masculino, 27 anos, natural e procedente de Araguaína – TO, vítima de acidente motociclístico, internado no Hospital Regional de Araguaína devido a trauma facial. Encaminhado ao serviço pelo SAMU, adentrando ao hospital pela sala vermelha, após estabilização e realizado o atendimento inicial do trauma, foi solicitada avaliação para a equipe de cirurgia bucomaxilar e optado por procedimento cirúrgico para abordagem do trauma facial.

Durante a indução anestésica com Fentanil, Propofol e Rocurônio o paciente evoluiu com pletora em tórax superior e cianose de região cervical e cabeça, limitada a essas áreas. Pensada a hipótese de reação anafilática a alguma droga utilizada para anestesia, fora infundido 0,5ml de

Adrenalina intramuscular e Hidrocortisona 1g endovenoso, no entanto o paciente permaneceu com as alterações limitadas às áreas

previamente citadas, e em seguida progrediu para uma parada cardiorrespiratória sendo iniciada as medidas iniciais de reanimação. Iniciada reanimação com compressões torácicas efetivas, seguindo o protocolo de RCP, feito dois ciclos de compressões e administração de 1mg de Adrenalina, o paciente seguiu em ritmo não chocável.

Sem resposta a adrenalina e cogitada uma trombose vascular, o paciente recebeu Heparina Não Fracionada 1mg/Kg, continuando as manobras de reanimação por cerca de 15 minutos com checagem de ritmos e administração de drogas conforme Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS). O ritmo avaliado após esse período tornou-se chocável, sendo aplicado choques com 360 J e posterior retorno da circulação espontânea do paciente.

Ao exame físico, foi detectada uma lesão cicatricial em cervical e discutido possível alteração anatômica devido a enforcamento prévio. Suspeita-se que tal lesão possa ter originado um trombo em vasos cervicais e, durante indução anestésica, por consequência das drogas com efeitos vasodilatadores, o trombo possa ter

embolizado e obstruído vasos que irrigam a região cervical e cabeça, impedindo a oxigenação e originando uma pseudo síndrome da veia cava superior. O procedimento cirúrgico foi suspenso e após estabilização clínica do paciente, o mesmo foi extubado antes de ser encaminhado novamente a Sala Vermelha para observação médica e posterior abordagem cirúrgica.

Figura 1 – Lesão Cicatricial em Cervical



Fonte: De autoria própria, 2024.

CONCLUSÃO

Contribuir com a produção científica durante a residência médica é de suma importância para discussão clínica de casos,

visando tal objetivo deve-se inferir que trazer para o campo educacional casos clínicos de complicações anestésicas pouco comuns da prática médica é oportunizar aos médicos e profissionais da saúde conhecer e lidar com eventuais ocorrências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CHIARATTO, Helen Josiany de Angelo Nardo et al. A importância da avaliação pré anestésica durante o preparo pré-operatório. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 13, 2022. Disponível em:

<https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/1194>. Acesso em: 04/03/2024.

PENICHE, Aparecida de Cassia Giani et al. Processo Anestésico-cirúrgico: Alterações metabólicas, sistêmicas e imunológicas e complicações. Revista SOBECC, v. 11, n. 1, p. 32-38, 2006. Disponível em:

<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/issue/view/58>. Acesso em: 04/03/2024.

DESAFIOS E SOLUÇÕES NA ANESTESIA PARA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM RELATO DE CASO

DESAFIOS E SOLUÇÕES NA ANESTESIA PARA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM RELATO DE CASO

CHALLENGES AND SOLUTIONS IN ANESTHESIA FOR ORGAN RECOVERY: A CASE REPORT

Larissa Brito Pereira¹, Emanuell Felipe Silva Lima ², Mhalhanny Lourenço Morais² Lorena Brito Pereira²
Orientadora: Lorahana Silvestre Pereira Vilas Boas e Silva³

¹ Médica residente em Anestesiologia do Hospital Regional de Araguaína - TO

²Professor de Medicina do UNITPAC

³ Médica Anestesiologista e Preceptora da Residência de Anestesiologia do Hospital Regional de Araguaína-TO

Resumo

Objetivo: Relatar o primeiro caso de captação de múltiplos órgãos, realizado nas dependências do Hospital Regional de Araguaína (HRA), em um paciente jovem já diagnosticado com Morte Encefálica (ME), apresentando e discutindo a importância do diagnóstico, cuidados e atuação do anestesista perante uma captação de órgãos, afim de obter um bom desfecho para o paciente receptor. **Métodos:** Realizando um estudo retrospectivo utilizando as informações contidas no prontuário do paciente, assim como os dados epidemiológicos apresentados pelo órgão regional responsável pela captação e transferência dos órgãos. **Resultados:** Paciente, sexo masculino, 25 anos, admitido na Sala Vermelha, em razão de acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico, com quadro de pico hipertensivo, cefaleia, epigastralgia e sudorese. Tomografia computadorizada de crânio evidenciando hemorragia subaracnoide de grande extensão, edema difuso. No sexto dia, foi aberto protocolo de morte encefálica e evidenciada ausência de fluxo em Doppler no oitavo dia. Foi admitido na sala cirúrgica para captação de múltiplos órgãos. **Conclusão:** A boa atuação do anestesista diante dessa situação é de extrema importância, pois cabe a ele prevenir e corrigir a tempo quaisquer disfunções orgânicas que podem ocorrer durante o ato cirúrgico, possibilitando assim que novas pessoas recebam os órgãos a serem transplantados, salvando assim mais vidas.

Palavras-Chave: Transplante, captação, órgãos.

Abstract

Objective: To report the first case of multiple organ harvesting, carried out on the premises of the Hospital Regional de Araguaína (HRA), in a young patient already diagnosed with Brain Death (BD), presenting and discussing the importance of diagnosis, care and the role of the anesthetist in the face of organ harvesting, in order to obtain a good outcome for the recipient patient. **Methods:** Carrying out a retrospective study using the information contained in the patient's medical record, as well as the epidemiological data presented by the regional body responsible for harvesting and transferring organs. **Results:** Male patient, 25 years, admitted to the Red Room, due to a hemorrhagic cerebrovascular accident (CVA), with a hypertensive peak, headache, epigastric pain and sweating. TC of the skull showing large subarachnoid hemorrhage and diffuse edema. On the sixth day, a brain death protocol was opened and the absence of flow was demonstrated on Doppler on the eighth day. He was admitted to the operating room for multiple organ harvesting. **Conclusion:** The good performance of the anesthetist in this situation is extremely important, as it is up to him to prevent and correct in time any organic dysfunctions that may occur during the surgery, thus enabling new people to receive the organs to be transplanted, thus saving more lives.

Keywords: Transplantation, harvesting, organs.

Introdução

Atualmente, o Brasil é classificado como uma referência mundial na área de transplantes, além de possuir o maior sistema público de transplantes do mundo. Hoje, aproximadamente 96% dos procedimentos realizados em todo o país são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ficando atrás apenas dos EUA, O Brasil é o 2º maior transplantador do mundo. (Soares; et al. 2020)

Apesar de uma redução significativa nos números de transplantes de órgãos, decorrente do cenário pandêmico ocasionado pela COVID-19, o Brasil manteve a realização de aproximadamente 60% dos procedimentos, garantindo a continuidade da doação de órgãos com medidas adequadas de segurança para equipes, candidatos e pacientes transplantados (Brasil, 2022).

O avanço tecnológico e a conscientização da população geral, tem resultado positivo no aumento progressivo da taxa de doações de órgãos no Brasil. Infelizmente, a quantidade de transplantes realizados, mesmo com as estatísticas crescentes a cada ano, é substancialmente inferior à

necessidade da população do país. (Souza et al.,2020).

Em contrapartida, dentro dos variados fatores identificados, encontram -se na literatura como problemas cruciais no contexto do transplante de órgãos, a recusa familiar, contraindicação médica e a ocorrência de parada cardiorrespiratória (Bertasi et al., 2019).

Em termos conceituais, o transplante consiste na remoção de órgãos ou tecidos do doador, seguida pelo implante no receptor. Compreende um procedimento médico composto de uma série de passos ordenados de forma precisa, que transforma os órgãos de uma pessoa falecida em órgãos passíveis de serem transplantados. Esse processo inicia-se com a identificação de um potencial doador, sendo finalizado com o transplante dos órgãos e o armazenamento dos tecidos extraídos. (GARCIA; PEREIRA; GARCIA, 2015).

Sendo de conhecimento geral, que o processo de morte encefálica cursa com uma série de manifestações endócrino metabólicas e hemodinâmicas, que vão desde tempestade autonômica até vasoplegia, manifestando– se por quadro de instabilidade hemodinâmica evoluindo

para processos relacionados à síndrome isquemia-reperusão e resposta

inflamatória sistêmica que tem implicação direta na função dos órgãos transplantados. (Soares; et al. 2020)

O Sistema Nacional de Transplante (SNT) adotado no Brasil tem a concepção de fila única de transplante com o propósito de garantir o acesso universal, justo e gratuito aos órgãos disponíveis, sendo que as Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos determinam como função da equipe de anestesia: promover o controle das condições clínicas hemodinâmicas e de relaxamento muscular do doador. (Fernandes, C.R; 2012)

Apesar dos avanços tecnológicos, a falta de notificação de morte encefálica e as falhas na manutenção dos órgãos para a captação ainda representam fatores impeditivos à efetivação da doação. Nesse sentido, ressalta-se a importância da capacitação de profissionais de saúde envolvidos no processo de doação, na busca de ações para diminuir a perda do potencial doador, visando elevar o número de doações e reduzir o sofrimento de pessoas em fila de espera.

Relato de Caso

Sexo masculino, 25 anos, encaminhado do município de Colinas – TO, sendo admitido na Sala Vermelha do Hospital Regional de Araguaína (HRA), em razão de acidente vascular cerebral hemorrágico, apresentando quadro de pico hipertensivo, cefaleia, epigastralgia e sudorese iniciado há cerca de 8 horas. Nas dependências do hospital, foi realizado em caráter de urgência uma tomografia computadorizada de crânio. Esta evidenciou hemorragia subaracnóidea extensa, com edema difuso. Após 24 horas de internação, o paciente em questão evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e presença de pupilas midriáticas. Em razão do quadro clínico, e da área do acometimento ser extensa, não era possível a intervenção cirúrgica pela equipe da neurologia. O mesmo, evoluiu com piora do prognóstico, sendo suspensa a sedação após quatro dias de início do quadro. No sexto dia, foi aberto protocolo de morte encefálica, e no oitavo dia, foi realizada arteriografia e evidenciada ausência de fluxo em Doppler. Após confirmação e aceite da família para realização da captação de órgãos, desejo este que era registrado em documento oficial do próprio paciente, o mesmo paciente foi admitido na sala cirúrgica para captação de órgãos. Foram administrados pela equipe anestésica: fentanil 250 mcg, sevoflurano 2%, cisatracúrio 100 mg e

heparina 30.000 UI. Apresentou pressão arterial

média entre 90 e 100 mmHg em uso de noradrenalina durante o tempo cirúrgico, temperatura variando entre 36°C e 36,5°C e glicemia de 117 mg/dL. De acordo com as possibilidades, testes de compatibilidades e outros testes, foram captados os rins, o fígado e o coração. Porém, as córneas foram descartadas devido a presença de edema na região ocular causado pelo trauma ocorrido anteriormente. Segundo informações coletadas com seus familiares, o paciente não possuía passado de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e outras comorbidades.

Discussão

Mesmo com a inversão da pirâmide etária no Brasil ocorrida nos últimos anos, verificou-se que, o perfil predominante de doadores de órgãos atualmente é de homens jovens (Bertasi et al., 2019). A literatura revela ainda, que na região Nordeste, a média de idade manteve-se em torno de 50 anos, com predominância de indivíduos do sexo masculino como doadores efetivos no processo de transplantes de órgãos (Marinho et al., 2023; Monteiro et al., 2020).

A eficácia no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes está

intrinsecamente ligada à existência de uma rede de atenção à saúde altamente organizada e coordenada, que opera em conjunto, contando com a colaboração de profissionais especializados e comissões hospitalares em instituições de saúde com vistas a reduzir o tempo de espera na fila e aprimorar o processo de doação (Koerich et al., 2019). Sendo assim, ressalta-se a importância de ampliar estratégias de conscientização e educação em saúde sobre a temática para fomentar a sensibilização de possíveis doadores efetivos (Monteiro et al., 2020)

O transplante de órgãos e de tecidos no Brasil constitui ainda um assunto de extrema importância não apenas no âmbito da medicina, mas, igualmente, para toda a população, em virtude de sua indiscutível relevância para a sobrevivência de pacientes com doenças crônicas ou incapacitantes. A falta de conhecimento da população leiga e da área da saúde sobre o processo de doação de órgãos é um impasse que ainda fortemente existe, acarretando a diminuição do número de doadores. Tal situação pode ser amenizada por meio de um processo amplo e permanente de esclarecimento sistemático sobre o assunto

e que se beneficie de um diálogo interdisciplinar com outras áreas do

conhecimento humano. (Medina-Pestana, 2011)

Conclusão

A complexidade logística e técnico-científica necessária para o funcionamento do sistema de transplantes faz com que o aumento das notificações de morte encefálica seja necessário, mas não é suficiente para garantir a realização efetiva do transplante. É necessária a organização das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, para o melhor desempenho de suas atribuições fundamentais ao processo, visando além do aumento das notificações o melhor aproveitamento das mesmas.

O desenvolvimento de competências para atender às necessidades de pacientes, familiares e comunidades no âmbito fisiológico, patofisiológico e psicossocial é essencial, sendo necessário assim sua implementação em caráter de urgência. Uma vez que, um dos principais fatores que corroboram para a não realização das doações, são as negativas dos familiares.

A partir do estudo realizado, foi possível identificar que a realização de transplantes de órgãos se distribui por grande parte das regiões do Brasil, a situação das listas de

espera por esses órgãos e o avanço histórico do procedimento no SUS. Os achados apontam desigualdades regionais, principalmente quando se comparam as principais capitais do país com as UFs menos desenvolvidas, possivelmente decorrentes de múltiplas causas, sendo algumas delas, a distância entre o local do doador e o local da realização do transplante, ultrapassando o tempo que o órgão necessita ser reimplantado em outro paciente.

Em relação ao papel do anestesista dentro da equipe, ficou destacado que o profissional é o responsável por manter e promover o controle das condições clínicas hemodinâmicas e de relaxamento muscular do doador, corrigindo quaisquer alterações sendo por meio de medicamentos, volume e fluidos com o intuito de manter a hemostasia do corpo doador, a fim de que os órgãos retirados possam ser utilizados em outros receptores, salvando assim mais vidas.

Referências Bibliográficas

BONETTI, Caroline Elisa et al. Doação de órgãos e tecidos e motivos de sua não efetivação. Rev. enferm. UFPE on line, p. 3533-3541, 2017.

GARCIA, Clotilde Druck; PEREIRA, Japão Dröse; GARCIA, Valter Duro. Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma, 2015.

GARCIA, Valter Duro et al. Por uma política de transplantes no Brasil. São Paulo: Office Editora, 2000.

MEDINA-PESTANA, José O. et al. O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 33, n. 4, p. 472-484, 2011.

SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; MORAES, Edvaldo Leal de. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Acta paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 5, p. 788-794, 2012.

ABTO. Doação de órgãos e tecidos.

BRASIL; SAÚDE, M. D. Portaria no 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2009.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. D. S.; ALMEIDA, V. V. D. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 786- 796, 2010. ISSN 0102-311X.

WESTPHAL, G. A. et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 28, p. 220- 255, 2016. ISSN 0103-507X.

Soares, L. S. S., Brito, E. S., Magedanz, L., França, F. A., Araújo, W. N., & Galato, D. (2020). Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1)e2018512.

<https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100014>

Souza, C. C., Nascimento, E. K. K., Quadros, A., Dellanhese, A. P. F., Lysakowski, S., & Fernandes, M. T. C. (2020). Conhecimentoda população brasileira acerca da doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 56, e4471. <https://doi.org/10.25248/reas.e4471.2020>

Vanzella, G. S., Souza, I. C. D., Ferreira, J. C., Beltrame, V., Cetolin, S. F., & Bonamigo, E. L. (2023). Diretivas antecipadas de vontade na perspectiva da população idosa de um município do meio oeste catarinense. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 26, e230094. <http://dx.doi.org/10.1590/1981->

22562023026.230094.ptVeras, R. (2020).

Monteiro, E. T., Albuquerque, S. P., & Melo, R. S. (2020). Doação de órgãos e tecidos em hospital público de Pernambuco. *Revista Bioética*, 28(1), 69-75.
Doi: 10.1590/1983-80422020281368

**RELATO DE CASO: HEMOTÓRAX
MACIÇO APÓS A CATETERIZAÇÃO
DA VEIA JUGULAR INTERNA
DIREITA SOB ORIENTAÇÃO
ULTRASSONOGRÁFICA**

RELATO DE CASO: HEMOTÓRAX MACIÇO APÓS A CATETERIZAÇÃO DA VEIA JUGULAR INTERNA DIREITA SOB ORIENTAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA

Case Report: Massive hemothorax following the right internal jugular vein catheterization under ultrasound guidance

Sarah Roldão Batista¹, Ana Laura Cardoso Costa¹, Bruna Braga Barros², Leianny Coelho Carvalho¹, Emanuell Felipe Silva Lima³, Mhalhanny Lourenço Moraes³
Orientadora: Lorahana Silvestre Pereira Vilas Bôas e Silva⁴

¹ Médica residente de Anestesiologia do Hospital Regional de Araguaína - TO

² Médica especialista em Anestesiologia

³ Professor de Medicina do UNITPAC

⁴ Médica especialista em Anestesiologia e preceptora da Residência de Anestesiologia do Hospital Regional de Araguaína – TO

Resumo

O cateterismo venoso central é um procedimento invasivo básico no manejo anestésico e de pacientes críticos; entretanto, pode estar associada a diversas complicações, sendo a lesão vascular a mais comum. Apresentamos um caso de hemotórax maciço após cateterismo da Veia Jugular Interna Direita (VJI) sob orientação ultrassonográfica que evoluiu com desfecho catastrófico. Os médicos devem estar cientes da possibilidade de hemotórax, mesmo durante procedimentos guiados por ultrassom, devido à dificuldade de obter visualização em tempo real do dilatador ou da ponta do cateter no tórax.

Palavras-chave: Acesso venoso central; Hemotórax; Orientação ultrassonográfica.

Abstract

Central venous catheterization is a basic invasive procedure in anesthetic and critically ill patients management; however, it may be associated with various complications, vascular injury being the most common. We present a case of massive hemothorax after catheterization of the Right Internal Jugular Vein (JIV) under ultrasound guidance that evolved with a catastrophic outcome. Doctors should be aware of the possibility of hemothorax, even during ultrasound-guided procedures, due to the difficulty of obtaining real-time visualization of the dilator or the tip of the catheter in the chest.

Keywords: Central venous access; Hemothorax; ultrasound guidance.

Introdução

O cateterismo venoso central é um procedimento invasivo básico no manejo anestésico e de pacientes críticos; entretanto, pode estar associada a diversas

complicações, sendo a lesão vascular a mais comum (KANG et al., 2022).

A orientação por ultrassom (US) melhorou significativamente as taxas de sucesso, com menos complicações do que o método de

referência anatômica (KARAKITSOS et al., 2006). No entanto, não garante segurança porque as observações em tempo real do fio-guia, do dilatador e das pontas do cateter são difíceis.

O hemotórax é uma complicação rara do acesso venoso central, mas potencialmente fatal se não for tratado imediatamente, onde a taxa de mortalidade é relatada em até 93% (DOMINO et al., 2004).

Apresentamos um caso de hemotórax maciço após cateterismo da Veia Jugular Interna Direita (VJI) sob orientação ultrassonográfica e descrevemos métodos adequados de orientação ultrassonográfica e assuntos que requerem atenção para a prevenção de lesão vascular intratorácica causando hemotórax.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 15 anos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I, em cetoacidose diabética, recebendo cuidados em leito de terapia intensiva. Foi solicitada a realização de cateterização venosa central sob sedação devido a paciente ser pouco colaborativa. Admitida em centro cirúrgico lucida e orientada, normotensa, normopneica, apresentando taquicardia sinusal (136 bpm). Para a sedação foram administradas dextrocetamina 1mg/kg e dexmedetomidina 1mcg/kg, mantendo

ventilação espontânea em suporte de 02 com cateter nasal 2L/min.

A paciente foi colocada em posição de Trendelemburg, uma agulha introdutora 18G foi inserida no ângulo formado pela cabeça esternal e pela cabeça claviclar do músculo esternocleidomastóideo sob orientação de US em tempo real, sangue escuro não pulsátil foi aspirado. O fio-guia foi inserido suavemente através da agulha e posicionado na Veia Jugular Interna Direita (VJID) na visão eixo curto do US. Um dilatador foi avançado sobre o fio-guia e um cateter duplo lúmen foi inserido sem dificuldade. No entanto, sangue foi aspirado em apenas um lúmen. O cateter foi então removido.

Nesse momento a paciente começa a cursar com taquipneia e dessaturação. De prontidão, seguimos com intubação orotraqueal e ventilação. Logo em seguida, evolui para Parada cardiorrespiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso (AESP), sendo iniciada reanimação cardiopulmonar.

Chamada ajuda do cirurgião geral devido a suspeita, inicialmente, de pneumotórax. De imediato o cirurgião procede com a drenagem torácica durante a reanimação, sendo identificado então um hemotórax à direita com drenagem de 1500ml de sangue.

Foi realizada ultrassonografia transtorácica que descartou tamponamento cardíaco.

O cirurgião decide prosseguir com esternotomia completa para expor a porção apical direita do tórax. Foram encontrados coágulos e uma lesão pontual em ápice do pulmão direito. Nenhum sangramento venoso ou arterial em atividade foi identificado.

Paciente permanece em PCR e massagem cardíaca intratorácica é iniciada. Retorno da circulação espontânea foi identificada após 37 minutos de reanimação.

Foram infundidas duas unidades de concentrado de hemácias e plasma fresco congelado. Realizada punção venosa central da veia jugular interna esquerda sonoguiada, sem intercorrências. Iniciada

infusão de noradrenalina na concentração de 64mcg/ml na dose de 0,7 mg/kg/h. Encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva ainda apresentando instabilidade hemodinâmica, evoluindo a óbito no dia seguinte.

Discussão

O hemotórax ocorre quando uma artéria ou veia intratorácica é perfurada pelo dilatador ou cateter. As causas que podem levar à perfuração do vaso após a abordagem venosa central com repercussão clínica imediata geralmente estão associadas à

punção direta do vaso ou ao uso de guias ou cateteres muito rígidos (KANG et al., 2022).

Nesta paciente, não conseguimos determinar a localização exata da lesão do vaso intratorácico, mas alguns de nossos achados sugerem que o hemotórax poderia resultar de lesão arterial pois os sinais vitais apresentaram rápida deterioração.

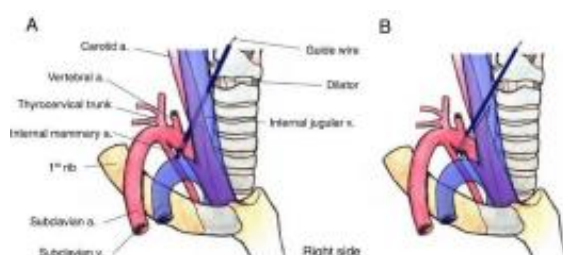
A lesão arterial mais comum associada ao cateterismo da VJI é a punção da artéria carótida e a maioria é assintomática. A perfuração arterial subclávia é menos comum, mas pode causar complicações letais (LEE et al., 2013) Sabe-se que o cateterismo arterial inadvertido pode ocorrer apesar da imagem do fio-guia na veia jugular interna, pois o fio-guia pode continuar através da parede oposta da veia jugular interna e entrar em uma artéria adjacente.

Kulvatunyong et al. (2002) forneceram uma explicação a partir da perspectiva anatômica. Os ramos direitos da artéria subclávia formam o tronco braquiocefálico e passam sob a veia jugular interna. No presente caso, apesar de não ter sido evidenciada a lesão vascular durante a toracostomia, a rápida instabilização hemodinâmica sugere lesão arterial. Consideramos duas hipóteses. Primeiro,

embora o fio-guia tenha sido inserido após a confirmação do fluxo sanguíneo não pulsátil pela agulha, a pele ficou entumecida e o dilatador foi inserido agressivamente. Por conseguinte, o dilatador pode ter penetrado tanto a VJI como a Artéria Subclávia (fig. 1A). Segundo, mesmo que o fio-guia tenha sido inserido na VJI, o dilatador pode ter desviado e penetrado na parte caudal da artéria subclávia (fig. 1B).

Independente do mecanismo subjacente à lesão, os médicos podem evitar danos induzidos pelo dilatador, verificando se o fio-guia pode ser movimentado livremente dentro do dilatador antes de avançá-lo. O dilatador não deve ser avançado além da pele e do tecido subcutâneo e sua ponta não deve cruzar a clavícula.

Figura 1: (A) O fio-guia foi inserido na VJI, mas o dilatador penetrou tanto na VJI quanto na artéria subclávia. (B) O fio-guia foi inserido na VJI, mas o dilatador contornou a VJI e penetrou na artéria subclávia.



Fonte: KIM et al., 2019

Tampo (2018) sugeriu um procedimento em três etapas para um acesso venoso central seguro via VJI usando orientação do US. A primeira e a segunda etapas são a orientação em tempo real da inserção da agulha de punção na VJI nas visualizações do eixo curto e do eixo longo para evitar lesões nas estruturas circundantes e evitar a penetração na parede posterior da VJI. A próxima etapa é verificar o fio-guia na veia braquiocefálica usando uma imagem coronal e de eixo curto.

Outras opções incluem a confirmação da colocação do fio-guia ou cateter com ecocardiograma transesofágico ou ecocardiograma transtorácico, se disponível. Weekes et al. (2014) revelaram que a ecocardiografia transtorácica à beira do leito usando solução salina poderia prever a posição ideal da ponta do cateter após o CVC.

Conclusão

Durante o cateterismo venoso central via veia jugular interna, os médicos devem estar cientes da possibilidade de hemotórax, mesmo durante procedimentos guiados por ultrassom, devido à dificuldade de obter visualização em tempo real do dilatador ou da ponta do cateter no tórax. Recomenda-se a confirmação do fio-guia dentro da veia braquiocefálica para evitar mau

posicionamento, um dos motivos do hemotórax induzido pelo dilatador.

Referências

1. KARAKITSOS, Dimitrios et al. Real time ultrasound-guided catheterisation of the internal jugular vein: a prospective comparison with the landmark technique in critical care patients. *Critical Care*, v. 10, p. 1-8, 2006.
2. DOMINO, Karen B. et al. Injuries and liability related to central vascular catheters: a closed claims analysis. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, v. 100, n. 6, p. 1411-1418, 2004.
3. KULVATUNYOU, Narong; HEARD, Stephen O.; BANKEY, Paul E. A subclavian artery injury, secondary to internal jugular vein cannulation, is a predictable right-sided phenomenon. *Anesthesia & Analgesia*, v. 95, n. 3, p. 564-566, 2002.
4. TAMPO, Akihito. Three-step procedure for safe internal jugular vein catheterization under ultrasound guidance. *Journal of Medical Ultrasonics*, v. 45, n. 4, p. 671-673, 2018.
5. KIM, Jong Ho et al. Endovascular repair of subclavian artery injury secondary to internal jugular vein catheterization: case report. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 69, p. 413-416, 2019.
6. WEEKES, Anthony J. et al. Central vascular catheter placement evaluation using saline flush and bedside echocardiography. *Academic Emergency Medicine*, v. 21, n. 1, p. 65-72, 2014.
7. KANG, Hyun et al. Massive hemothorax following internal jugular vein catheterization under ultrasound guidance: A case report. *World Journal of Clinical Cases*, v. 10, n. 17, p. 5776, 2022.
8. LEE, Dong Jun et al. Subclavian artery perforation and hemothorax after right internal jugular vein catheterization. *Korean Journal of Anesthesiology*, v. 64, n. 6, p. 558-559, 2013.

**RELATO DE CASO: MANEJO
ANÉSTESICO EM PACIENTE
PEDIÁTRICO COM ATRESIA DE
VALVA PULMONAR,
COMUNICAÇÃO
INTERVENTRICULAR E PÓS
OPERATÓRIO TARDIO DE SHUNT
PULMONAR, SUBMETIDA A
CATETERISMO CARDÍACO**

RELATO DE CASO: MANEJO ANÉSTESICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM ATRESIA DE VALVA PULMONAR, COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR E PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE SHUNT PULMONAR, SUBMETIDA A CATETERISMO CARDÍACO.

CASE REPORT: ANESTHETICS MANAGEMENT IN A PEDIATRIC PATIENT WITH PULMONARY VALVE ATRESIA, INTERVENTRICULAR DEPUTY AND LATE POST-OPERATIVE PULMONARY SHUNT, UNDERGOING CARDIAC CATHETERISM.

Danillo da Mota Morais¹, Milena Matos da Cruz¹, Emanuell Felipe Silva Lima ², Mhalhanny Lourenço Morais ²
Orientadora: Lorahana Silvestre Pereira Vilas Boas e Silva³

¹ Médicos residentes em Anestesiologia no Hospital Regional de Araguaína (HRA) Araguaína – TO.

²Professor de Medicina do UNITPAC

³ Médica Anestesiologista, Preceptora e Coordenadora do serviço de Anestesiologia no Hospital Regional de Araguaína (HRA)- Araguaína- TO.

Resumo

As cardiopatias congênitas constituem importante causa de mortalidade no primeiro ano de vida, a comunicação interventricular (CIV) é considerada a cardiopatia mais frequente. A atresia pulmonar é uma anormalidade que frequentemente vem associada a CIV, e na maior parte dos casos apresenta as mesmas características morfológicas de tetralogia de Fallot, associada à obstrução completa da via de saída do ventrículo direito. É um tipo raro de doença cardíaca congênita cianótica que ocorre em cerca de 0,07 por 1.000 nascidos vivos e representa cerca de 1-2% de todas as formas de malformações cardíacas congênitas. É ligeiramente mais prevalente em homens do que em mulheres. Embora uma etiologia genética clara não tenha sido elucidada, há uma associação clara com certos fatores de risco durante a gravidez, bem como com certas síndromes genéticas. O presente trabalho relata o caso de uma anestesia em paciente pediátrico, submetido a cateterismo cardíaco, portador de atresia pulmonar com CIV, artérias pulmonares hipoplásicas, com pós operatório tardio de shunt sistêmico pulmonar. O cateterismo cardíaco é um procedimento que ajuda na avaliação de doenças cardíacas potencialmente fatais ou limitantes do estilo de vida.

PALAVRA CHAVE: Cateterismo cardíaco, anestesia, doença cardíaca.

Abstract

Congenital heart defects are an important cause of mortality in the first year of life, ventricular septal defect (VSD) is considered the most common heart disease. Pulmonary atresia is an abnormality that is often associated with VSD, and in most cases it presents the same morphological characteristics as tetralogy of Fallot, associated with complete obstruction of the right ventricular outflow tract. It is a rare type of cyanotic congenital heart disease that occurs in about 0.07 per 1,000 live births and represents about 1-2% of all forms of congenital heart malformations. It is slightly more prevalent in men than women. Although a clear genetic etiology has not been elucidated, there is a clear association with certain risk factors during pregnancy as well as certain genetic syndromes. The present work reports the case of anesthesia in a pediatric patient, undergoing cardiac catheterization, with pulmonary atresia with VSD,

hypoplastic pulmonary arteries, with late postoperative systemic pulmonary shunt. Cardiac catheterization is a procedure that helps evaluate potentially life-threatening or lifestyle limiting heart conditions.

Introdução

As cardiopatias congênitas constituem importante causa de mortalidade no primeiro ano de vida, a comunicação interventricular (CIV) é considerada a cardiopatia mais frequente. A atresia pulmonar é uma anormalidade que frequentemente vem associada a CIV, e na maior parte dos casos apresenta as mesmas características morfológicas de tetralogia de Fallot, associada à obstrução completa da via de saída do ventrículo direito.

A atresia pulmonar com defeito do septo ventricular é caracterizada por um espectro de extensão variável da gravidade da atresia das artérias pulmonares. Em uma extremidade do espectro, a atresia é limitada à válvula pulmonar, resultando em uma válvula pulmonar imperfurada (ou seja, atresia membranosa). Nesse caso, a artéria pulmonar principal e as artérias pulmonares ramificadas geralmente têm tamanho normal. A outra extremidade do espectro inclui atresia da válvula pulmonar e artérias com colaterais arteriais sistêmicos a pulmonares que fornecem fluxo sanguíneo para o

parênquima pulmonar. Mais comumente, a válvula pulmonar e a artéria pulmonar proximal são afetadas, com pequeno ramo e artérias pulmonares distais supridas com sangue através de um canal arterial patente e colaterais da artéria pulmonar sistêmica. Uma característica marcante é a presença de colaterais aortopulmonares que fornecem pelo menos parte do suprimento sanguíneo pulmonar. Essas colaterais podem ser mínimas (no caso de atresia da válvula pulmonar membranosa isolada) ou mais tipicamente múltiplas e muito tortuosas nas formas complexas.

O cateterismo cardíaco é uma técnica em que se consegue informações de caráter anatômico e funcional imprescindíveis para o tratamento da grande maioria das doenças cardíacas, com particular relevância para as cardiopatias congênitas. De igual modo, aproveitando o fato de se ter um acesso direto a várias estruturas do aparelho cardiocirculatório, é possível com esta técnica o tratamento de diversas condições patológicas, como a criação de circuitos, encerramento de comunicações anormais ou dilatação de

estruturas estenosadas, como válvulas ou vasos.

Relato de Caso

Paciente , H.O.S, feminina, 7 anos, 20kg, internada eletivamente para realização de cateterismo cardíaco diagnóstico para avaliação de artérias pulmonares, colaterais e shunt pulmonar. No centro cirúrgico, feita monitorização multiparamétrica, venóclise com jelco 22G em MSE, anestesia geral balanceada com indução lidocaína 20mg, fentanil 40mg, midazolam 1mg, rocurônio 20mg. Intubação orotraquel com tubo 4,5 sem intercorrências e manutenção da anestesia com sevoflurano, mantido em assistência ventilatória controlada a volume. Realizado como adjuvantes dexametasona 3mg e cefazolina 600mg. Puncionada a artéria femoral direita e posicionado transdutor slender 4/5F, realizado cateterismo esquerdo e cineangiografias, procedimento com duração de 1h e 30 min, extubação sem intercorrências, encaminhado a sala de recuperação pós anestésica e liberada para enfermaria após atingir escala de aldrete/kroulik de 10.

Discussão

o anesthesiologista deve compreender a fisiopatologia das doenças congênitas e o

efeito da intervenção dos agentes anestésicos nesses doentes, isso é necessário para que se obtenha adequado atendimento durante o procedimento, definido como imobilidade do paciente, estabilidade hemodinâmica, controle da dor e manutenção do equilíbrio ácido base. O cateterismo cardíaco pode causar uma variedade de eventos adversos, que vão desde problemas menores, sem sequelas em longo prazo, até complicações maiores que requerem tratamento imediato, ação corretiva.

A literatura sugere que os procedimentos realizados com sedação devem ser escolhidos com cautela em pacientes mais jovens, naqueles com alta probabilidade de demandar suporte vasopressor ou inotrópico contínuo e naqueles submetidos a procedimentos de alto risco, pois apresentam maior probabilidade de conversão em intubação traqueal. Isso está relacionado, por sua vez, a um alto risco de ocorrência de eventos adversos de alta gravidade durante o procedimento. Por outro lado, pacientes de baixo risco submetidos a procedimentos de cateterismo cardíaco apresentam taxa muito baixa de eventos

adversos quando tratados com ventilação espontânea.

Esses achados são úteis, pois ajudam a avaliar os pacientes com antecedência e escolhem as estratégias adequadas de gestão das vias aéreas e/ou sedação, de acordo com a condição e o tipo de procedimento. No entanto, são necessários mais estudos para determinar o impacto de diferentes estratégias de manejo das vias aéreas e sedação nas medições fisiológicas realizadas durante procedimento de cardiologia intervencionista.

Nesse sentido uma estratificação de risco dos pacientes antes do procedimento pode ajudar a decidir a estratégia de manejo das vias aéreas, economizar os recursos anestésicos e possivelmente também reduzir o risco de eventos adversos relacionados e não relacionados à anestesia durante o cateterismo cardíaco.

REFERÊNCIAS

Arangoa LMV, Salgueroa JCS, Quispe SS, et al. Manejo anestésico de neonatos submetidos a cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Anesthesiol. 2020; 70 (3): 278-287. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.03.011>.

Carrozza JP, Cutlip D, Parikh N. Complications of diagnostic cardiac

catheterization. Waltham: UpToDate; 2023 [revisado em 2023 novembro 11]. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/complications-of-diagnostic-cardiac#>

Moreira JL. Atresia valvar pulmonar com comunicação interventricular: cardiopatia cianogênica grave, sem alterações ao exame clínico, diagnosticada em exame de rotina para prematuridade. Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde PECIBES, 2020, 02, 21-37. Disponível em:

<file:///C:/Users/Windows/Downloads/12249-Texto%20do%20artigo-43903-1-10-20201208.pdf>.

**RELATO DE CASO: ANESTESIA
COM BLOQUEIO DE NEUROEIXO
PARA PARTO CESÁREO EM
PACIENTE COM ESPONDILITE
ANQUILOSANTE**

RELATO DE CASO: ANESTESIA COM BLOQUEIO DE NEUROEIXO PARA PARTO CESÁRIO EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE

CASE REPORT: ANESTHESIA WITH NEUROAXIS BLOCKAGE FOR CESAREAN DELIVERY IN A PATIENT WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS.

Milena Matos da Cruz¹, Danillo da Mota Morais¹, Leianny Coêlho de Carvalho¹, Emanuell Felipe Silva Lima²,
Mhalhanny Lourenço Morais²
Orientadora: Lorahana Silvestre Pereira Vilas Boas e Silva²

¹ Médicos residentes em Anestesiologia no Hospital Regional de Araguaína (HRA) Araguaína – TO

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Médica Anestesiologista, Preceptora e Coordenadora do serviço de Anestesiologia no Hospital Regional de Araguaína (HRA)- Araguaína- TO

Resumo

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória crônica pertencente ao grupo das espondiloartropatias soronegativas, acometendo principalmente a coluna vertebral, pode evoluir com rigidez de nuca e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente inicia-se na fase adulta, com predominância no sexo masculino e em pessoas com antígeno de histocompatibilidade HLA-B27 positivos. Este estudo relata o caso de uma paciente de 39 anos portadora de espondilite anquilosante, hipertensa, submetida a cesariana em que foi realizada como anestesia bloqueio de neuroeixo, com a técnica paramediana. A escolha da técnica anestésica foi decisiva para manter estabilidade hemodinâmica, evitar a via aérea da gestante, tendo em vista sua modificação na fisiologia da gravidez, visando acima de tudo o bem estar do binômio mãe-filho a experiência de presenciar o nascimento. Apesar da dificuldade técnica por alterações anatômicas, esse caso relata um bloqueio subaracnóideo de sucesso em gestante portadora de espondilite anquilosante.

Palavras chaves: Espondilite Anquilosante, Raquianestesia, Parto cesáreo

Abstract

Ankylosing spondylitis is a chronic inflammatory disease belonging to the group of seronegative spondyloarthropathies, mainly affecting the spine, which can progress with neck stiffness and progressive functional limitation of the axial skeleton. It generally begins in adulthood, with a predominance in males and in people with positive HLA-B27 histocompatibility antigen. This study reports the case of a 39-year-old patient with hypertensive ankylosing spondylitis, who underwent a cesarean section in which a

neuraxial block was performed as anesthesia using the paramedian technique. The choice of the anesthetic technique was decisive to maintain hemodynamic stability, avoid the pregnant woman's airway, considering its modification in the physiology of pregnancy, aiming above all at the well-being of the mother-child binomial and the experience of witnessing the birth. Despite the technical difficulty due to anatomical changes, this case reports a successful subarachnoid block in a pregnant woman with ankylosing spondylitis.

Introdução

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória crônica pertencente ao grupo das espondiloartropatias soronegativas, acometendo principalmente a coluna vertebral, pode evoluir com rigidez de nuca e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente inicia-se na fase adulta, com predominância no sexo masculino e em pessoas com antígeno de histocompatibilidade HLA-B27 positivos.

Por ser uma doença de origem inflamatória, que atinge principalmente a coluna vertebral, a Espondilite Anquilosante (EA) gera bastante dor em seus portadores. Além disso, costuma apresentar seus sinais e sintomas na população entre os 16 a 45 anos, coincidindo com a idade fértil da mulher.

Durante o período gestacional, as mulheres ficam muito restritas quanto ao tratamento da doença, devido a chance de causar complicações tanto para o feto quanto para a mãe. Por este motivo, muitas mulheres acabam mudando seu tratamento, ou até mesmo interrompendo ele durante esta fase, o que pode acarretar dores mais intensas e ativação da doença.

A taxa de parto cesariana é mais alta em pacientes com EA, isso pode ser

explicado pelo fato da doença atingir principalmente as articulações sacilíacas,

ou então por serem mais propensas a terem outras complicações durante a gestação, como parto prematuro, por exemplo. Durante a gestação é crucial que as mulheres portadoras de doenças inflamatórias crônicas façam acompanhamento

médico. O risco de haver ativação da doença durante este período pode impactar negativamente a mãe e o feto. Por este motivo, é muito importante que a gravidez seja planejada, e que a paciente esteja em remissão da EA antes da concepção e ter controle da doença durante o período gestacional, o que muitas vezes só é possível com tratamento medicamentoso.

Relato de Caso

Paciente P.G.A.S, 39 anos, G1P0A0, com idade gestacional de 37 semanas e 1 dia. Paciente portadora de Espondilite anquilosante, hipertensão gestacional em uso de metildopa 500mg 12h em 12h, AAS 100mg 1x dia, suspenso com 36 semanas. Estado físico ASA II, peso 109,6 kg, cirurgia prévia de mamoplastia e mastoplexia, colecistectomia e hemorroidectomia. Paciente monitorizada com cardioscopia, pressão arterial não invasiva a cada 5 minutos de

intervalo, oximetria de pulso, venóclise em membro superior esquerdo com abocath

jelco 18G. Foi feita raquianestesia com paciente sentada, com várias tentativas por dificuldade anatômica, difícil palpação pois os ligamentos interespinhosos se calcificam, e formam pontes ósseas entre as vértebras lombares. O sucesso foi obtido com punção paramediana no espaço L3-L4, com agulha de punção tipo Quincke 25G. Foram feitos 12,5mg de bupivacaína hiperbárica 0,5%, 25mcg de fentanil e 100mcg de morfina. Realizado teste do bloqueio até atingir nível de T6 antes da liberação para incisão cirúrgica, com adequado bloqueio motor, tátil e térmico. Paciente evolui com hipotensão leve, sendo controlada com doses tituladas de metaraminol 0,5mg, sendo dose total de 2,5mg. Cesariana ocorreu sem intercorrências obstétricas durou cerca de 50 minutos, com nascimento de neonato com boa vitalidade. Paciente apresentou retorno da movimentação dos membros inferiores cerca de 150 minutos após a anestesia, já em sala de recuperação anestésica e obteve alta hospitalar em 48 horas pós parto.

Discussão

Uma das principais características da espondilite anquilosante, é que inicia-se em adultos jovens, antes dos 30 anos de idade, ocorrendo com o período fértil. Alguns estudos indicam, que mulheres grávidas,

portadoras de EA, possuem maior chance de desenvolverem algumas complicações, como parto prematuro, pequeno para idade gestacional (PIG), pré-eclâmpsia, anomalias congênitas,

aborto espontâneo e morte neonatal. No período gestacional, ocorrem diversas alterações no corpo materno, a fim de se preparar para esse período. Essas mudanças podem ser mecânicas no esqueleto, pela ação hormonal, com o intuito de afrouxar os ligamentos, ou mudanças biomecânicas, que promovem mudanças estruturais na estática e ação do esqueleto. Todas essas alterações colaboram para que a mulher sinta dor e desconforto durante a gestação, e além de influenciar no seu equilíbrio. Por ser uma doença Multissistêmica que afeta várias regiões do corpo, especialmente da coluna, a necessidade de anestésias de uma forma geral, podem se tornar um desafio em caso de cirurgias. No caso da necessidade de anestesia geral, é difícil caso a mobilidade cervical esteja comprometida, ou então com a abertura bucal limitada se houver alguma restrição na articulação

temporomandibular. Além disso, o envolvimento extra-articular também pode complicar a administração da anestesia geral.

No caso de cesarianas, as anestесias regionais podem se tornar um desafio em gestante com EA, pois os bloqueios de neuroeixo são tecnicamente difíceis, por poderem apresentar algumas restrições e/ou anormalidades na coluna vertebral. A calcificação de ligamentos, impedindo que a anestesia se propague ou então falha da colocação do cateter por arquiteose das vértebras, ou flexão restrita da coluna lombar associado a obliteração dos espaços interespinhosos podem ser alguns dos motivos de falha dessa anestesia.

A escolha da técnica anestésica foi decisiva para manter estabilidade hemodinâmica, evitar a via aérea da gestante, tendo em vista sua modificação na fisiologia da gravidez, visando acima de tudo o bem estar do binômio mãe

filho a experiência de presenciar o nascimento. Apesar da dificuldade técnica por alterações anatômicas, esse caso relata um bloqueio subaracnóideo de sucesso em gestante portadora de espondilite anquilosante.

Portanto, devido todas as complicações possíveis, é importante que a mulher portadora da doença seja cautelosamente informada quanto a possível evolução da

doença e os problemas que poderão acontecer durante a gestação. Além disso, deve-se ter cuidado ao liberar a paciente para uma possível gestação, avaliando se não há acometimentos em articulações que possam interferir nesse período.

Referências

1. Almeida P. M, Nunes RCA, Piardi GAC. et al. Espondilite anquilosante na gestação. Research, Society and Development, v. 11, n. 15, e305111537129, 2022 [publicado 2023 Nov 18]. Disponível em:DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37129>.
2. Oliveira CRD. Espondilite Anquilosante e Anestesia. Revista Brasileira de Anestesiologia.Vol. 57, Nº 2, março-abril, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/xytsnvm3qL8djNcYbDmDq4S>.

**RELATO DE CASO: MANEJO
ANESTÉSICO DE CIRURGIA
MÚLTIPLA - RECONSTRUÇÃO DA
AORTA ASCENDENTE, CORREÇÃO
DE DISSECÇÃO DE ARCO AÓRTICO
E CORREÇÃO DE DISSECÇÃO
TORACO ABDOMINAL**

RELATO DE CASO: MANEJO ANESTÉSICO DE CIRURGIA MÚLTIPLA - RECONSTRUÇÃO DA AORTA ASCENDENTE, CORREÇÃO DE DISSECÇÃO DE ARCO AÓRTICO E CORREÇÃO DE DISSECÇÃO TORACO ABDOMINAL

Case Report: Anesthetic Management of Multiple Surgery - Reconstruction of the Ascending Aorta, Correction of Aortic Arch Dissection and Correction of Thoraco Abdominal Dissection

Leianny Coêlho de Carvalho¹; Milena Matos da Cruz¹; Jane da Silva Propécio²; Clayton Pereira Silva de Lima²
Orientadora: Lorahana Silvestre Pereira Vilas Boas e Silva³

¹ Residente de Anestesiologia do Hospital Regional de Araguaína

² Professor de Medicina do UNITPAC

³ Preceptora da Residente de Anestesiologia do Hospital Regional de Araguaína.

Resumo

Uma dilatação localizada na artéria aorta que suplanta 50% do seu diâmetro normal é definida como um aneurisma. Trata-se de uma condição na qual uma laceração na íntima permite a dissecação das camadas aórticas, com escape de sangue da luz verdadeira, altamente susceptível à ruptura aguda. Idade avançada, tabagismo, hipertensão arterial, arteriosclerose e doenças do tecido conjuntivo estão entre os fatores que podem ensejar esta alteração. A dissecação aguda de aorta é um evento grave, que pode comprometer a vida do paciente, necessitando de intervenção cirúrgica após o seu reconhecimento. O manejo anestésico adequado pode ser desafiador, ocasião em que é essencial manter a estabilidade hemodinâmica do paciente. Conhecer os desafios a serem enfrentados é essencial na prática anestésica de qualidade.

Palavras-chave: anestesia; cirurgia cardiovascular; dissecação aguda de aorta

Abstract

A localized dilation of the aorta artery that exceeds 50% of its normal diameter is defined as an aneurysm. This is a condition in which a laceration in the intima allows dissection of the aortic layers, with blood escaping from the true lumen, highly susceptible to acute rupture. Advanced age, smoking, high blood pressure, arteriosclerosis and connective tissue diseases are among the factors that can cause this change. Acute aortic dissection is a serious event that can compromise the patient's life, requiring surgical intervention after its recognition. Adequate anesthetic management can be challenging, when it is essential to maintain the patient's hemodynamic stability. Knowing the challenges to be faced is essential in quality anesthetic practice.

Keywords: anesthesia; cardiovascular surgery; acute aortic dissection

Introdução

Uma dilatação localizada na artéria aorta que suplanta 50% do seu diâmetro normal é definida como um aneurisma. Trata-se de uma condição na qual uma laceração na

íntima permite a dissecação das camadas aórticas, com escape de sangue da luz verdadeira, altamente susceptível à ruptura aguda. Idade avançada, tabagismo, hipertensão arterial, arteriosclerose e

doenças do tecido conjuntivo estão entre os fatores que podem ensejar esta alteração. Segundo a classificação de DeBakey, a dissecação de aorta aguda ocorre quando o diagnóstico é feito nos primeiros 14 dias de sintomas, a partir de então sendo considerada crônica. Quando envolve aorta ascendente, é dita como tipo A de Stanford. A dissecação da aorta ascendente com envolvimento da aorta torácica descendente é categorizada como tipo I de DeBakey.

Trata-se de uma condição que requer realização de cirurgia de emergência, com a maioria das intervenções sendo realizadas imediatamente após o reconhecimento. Os objetivos da cirurgia para dissecação aórtica são prevenir a ruptura e tratar qualquer insuficiência aórtica aguda ou uma combinação entre elas. Contudo, um procedimento intervencionista deve levar em conta os riscos de uma cirurgia aberta, principalmente quanto à sobrevida, aos

desfechos sintomáticos e funcionais e à qualidade de vida, sendo o paciente e a família previamente esclarecidos.

Uma avaliação pré-anestésica convencional deve ser realizada, permitindo o conhecimento da história, exame clínico e demais exames, tal como do estado nutricional e funcional orgânico do paciente, permitindo o dimensionamento de como o organismo se comportará à

situação de estresse cirúrgico. É essencial conhecer os medicamentos utilizados pelo paciente e os ajustes necessários ao procedimento cirúrgico. A monitorização dos parâmetros cardiovasculares e laboratoriais intraoperatórios estão entre as responsabilidades do anestesiológico.

Relato de Caso

Paciente masculino, 48 anos, 94kg, angiotomografia com dissecação de aorta ascendente, arco aórtico e aorta descendente associado a isquemia em vasos viscerais, MSE e MID, admitido no centro cirúrgico consciente, orientado. Realizada anestesia geral balanceada, precedida por monitorização multiparamétrica, acesso venoso periférico em MSE e acesso venoso central em veia subclávia direita, indução com lidocaína 2%, etomidato, sulfentanil, rocurônio. Manutenção da anestesia com sevoflurano em ventilação mecânica no modo volume controlado. Adequado

controle hemodinâmico a partir do uso de cristalóides, colóides, dobutamina e nupride. Feita heparinização, iniciado procedimento cirúrgico com pericardiotomia, instalação de circulação extra corpórea com resfriamento do paciente até hipotermia profunda, realizado pinçamento aórtico, aortotomia longitudinal e cardioplegia del nido osteal. Foi constatado a dissecação da aorta ascendente com desabamento da

valva aórtica e hematoma próximo a coronária direita. Realizada a ressuspensão e plastia da valva aórtica seguida de anastomose proximal e distal desta, utilizando tubo de dacron com parada da circulação total por 20 minutos. Restabelecido fluxo da CEC e reaquecimento do paciente, o coração retorna com batimento em ritmo sinusal e saída da CEC com uso de nipride e dobutamina, em seguida feito protamina e revisão de hemostasia. Procedimento cirúrgico sem intercorrências. Paciente encaminhado a UTI intubado, hemodinamicamente compensado com dobutamina. Após 22 dias de internação em UTI, evolui com quadro desfavorável de PCR sem resposta às medidas de reanimação e posterior óbito com possíveis causas da PCR hipercalemia e choque séptico.

Discussão

A morbimortalidade relacionada à dissecação aórtica é elevada, no entanto os avanços nas técnicas cirúrgicas e endovasculares reduziram a mortalidade para aqueles que são diagnosticados e tratados precocemente. O presente relato mostra que mesmo com uma condição clínica de elevada morbimortalidade, conseguiu-se realizar uma anestesia segura e sem

complicações durante o procedimento, embora com desfecho desfavorável.

Referências

1. Bezerra PCLB, Lima RC, Sarleno PR, et al. Management of Acute Type A Aortic Dissection at a Public Cardiac Center in the Northeast Region of Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 36 (2) • Mar-Apr 2021 • <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2020-0169>.
2. Black JH, Hoekstra J, Manning WJ. Clinical features and diagnosis of acute aortic dissection. UpToDate; 2022 [revisado em 2022 Agosto 01]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-aortic-dissection>.
3. Manica, James. Anestesiologia. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. 4ed, Porto Alegre, Artmed, 2018.
4. SABISTON, David C. et al. Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2019.



CIRURGIA GERAL

**A RELAÇÃO ENTRE ABSCESSO
CERVICAL E MEDIASTINITE
NECROTIZANTE DESCENDENTE:
UM RELATO DE CASO**

A RELAÇÃO ENTRE ABSCESSO CERVICAL E MEDIASTINITE NECROTIZANTE DESCENDENTE: UM RELATO DE CASO

THE RELATIONSHIP BETWEEN CERVICAL ABSCESS AND DESCENDING NECROTIZING MEDIASTINITIS: A CASE REPORT.

Romulo Antonio Fontoura Abreu¹, Gabriel Miranda Bezerra², Carolina Higashi², Rogerio Rodrigues Veloso², Luiz Flávio Quinta Júnior³, Hugo Weysfield Mendes³, Jane da Silva Propécio², Clayton Pereira Silva de Lima²
Orientador: Rone Fontoura Abreu³

¹ Acadêmicos de Medicina do Faculdade do UNITPAC

² Professor de Medicina do Curso do UNITPAC/Araguaína-TO

³ Professor Coordenador da COREME e do Programa de Residência médica em Cirurgia Geral do HRA-TO e Professor Titular da Disciplina de Clínica Cirúrgica da faculdade de Medicina do UNITPAC Araguaína/TO

RESUMO:

Quadros de abscesso cervicais são relativamente comuns em prontos-socorros pelo país, e é de suma importância que o médico assistente saiba diagnosticar e conduzir corretamente o paciente, uma vez que suas complicações podem ser graves, levando inclusive ao óbito. Neste artigo, apresentaremos o caso de um paciente atendido pela equipe de cirurgia geral do Hospital Regional de Araguaína – TO, o qual, apesar do diagnóstico tardio e das complicações relacionadas a patologia, obteve um resultado favorável.

PALAVRAS-CHAVE: abscesso cervical; abscesso odontogênico; mediastinite necrotizante descendente

INTRODUÇÃO

Pacientes com queixas de infecções de vias aéreas e dores odontogênicas são frequentes nos pronto-atendimentos públicos e privados de todo o país. Sendo assim, é obrigação nossa, como médicos, identificar e diagnosticar possíveis complicações relacionadas a tais patologias. O abscesso cervical é considerado uma das complicações mais importantes decorrentes

de quadros infecciosos da região cervicofacial, pois possui evolução consideravelmente rápida.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 32 anos, pardo, hígido, é encaminhado ao nosso serviço devido a odinofagia intensa há 2 semanas e piora há 3 dias, associado a febre não aferida, tosse seca e dor torácica. Paciente relatou que procurou a UPA devido a dor dentária no

início do quadro, sendo indicado tratamento com dose única de penicilina benzatina, porém sem melhora. Relata que, por conta da evolução arrastada do caso, procurou novamente atendimento médico, recebendo outras 2 doses do mesmo antibiótico. Na admissão, paciente apresentava edema importante em toda região cervical anterior, endurecido e com sinais flogísticos.

Foi iniciado suporte clínico, com antibioticoterapia parenteral e sintomáticos. Exames laboratoriais apresentavam apenas leucocitose, sem outras alterações. As tomografias computadorizadas de tórax e região cervical evidenciaram acentuado enfisema nos espaços cervicais superficiais e profundos, estendendo-se anteriormente até a base da língua, inferiormente ao compartimento mediastinal superior até transição toracoabdominal, e internamente aos espaços cervicais mastigatório, submandibular, latero-faríngeo e mucoso faríngeo bilateralmente.

FIGURA 1: TC DE TORAX EVIDENCIA PNEUMOMEDIASTINO SE ESTENDENDO POR MEDIASTINO ANTERIOR ATÉ TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL.

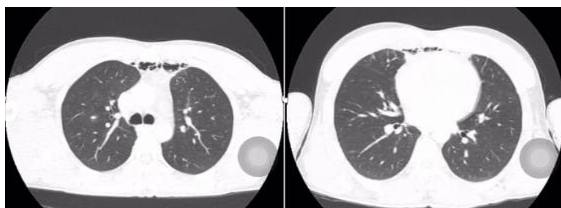
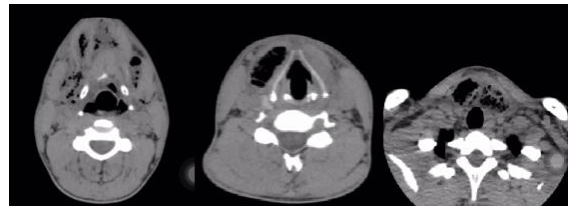


FIGURA 2: TC DE REGIÃO CERVICAL MOSTRA ENFISEMA SUBCUTÂNEO DISSECANDO TECIDOS

MUSCULARES DESDE A BASE DA LINGUA ATÉ REGIÃO ANTERIOR DO TÓRAX..



Após 12 horas da admissão do paciente, a equipe médica foi acionada devido a quadro de intensa dispneia e estridor laríngeo. Devido a piora clínica, paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de drenagem do abscesso cervical em caráter de urgência. Paciente foi submetido a anestesia geral e cervicotomia exploradora, com lavagem extenuante dos tecidos e drenagem externa com drenos laminares. Após o ato cirúrgico, paciente foi encaminhado a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para seguimento pós-operatório.

No 2º dia de pós-operatório (DPO), paciente volta a apresentar picos febris, com ausculta pulmonar abolida em hemitórax esquerdo. Uma nova TC de tórax evidenciou volumoso derrame pleural a esquerda, sendo, assim, indicada toracostomia com drenagem pleural fechada em selo d'água (com drenagem de aproximadamente 2000ml de secreção purulenta).

No 7ºDPO, foi realizada nova TC de tórax de controle, que evidenciou extensão do abscesso para mediastino anterior, com

formação de nível hidroaéreo. Apesar da piora radiológica, paciente mantinha-se estável hemodinamicamente e em ambiente. Porém, após discussão com equipe de cirurgia torácica diante de um quadro de mediastinite necrotizante descendente, paciente foi submetido a esternotomia e cervicotomia exploradora, decorticação pulmonar bilateral, nova toracostomia com drenagem pleural em selo d'água bilateral e drenagem do mediastino.

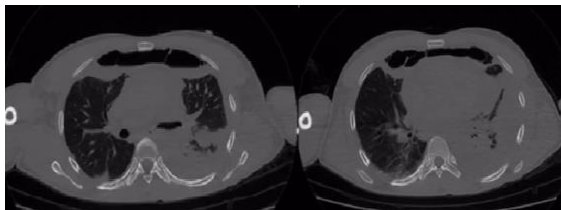


FIGURA 3: TC DE TORAX DE CONTROLE DO PACIENTE TRATADO NO CASO, APÓS NOVO PICO FEBRIL E ABOLIÇÃO DO MURMÚRIO VESICULAR A ESQUERA. NOTA-SE AUMENTO DA ÁREA DO PNEUMOMEDIASTINO, COM NOTÁVEL PRESENÇA DE LIQUIDO EM TAL ESPAÇO, COM FORMAÇÃO DE NÍVEL HIDROAÉREO.

Paciente obteve uma boa resposta ao tratamento cirúrgico, mantendo pós-operatório em UTI. Foi retirado dreno mediastinal ao 5º dia, porém, devido a manutenção de algumas áreas de derrame pleural loculado, paciente foi submetido a nova vídeo de corticação pulmonar.



FIGURA 4: PACIENTE EM MACA DO BLOCO CIRURGICO, ANTES DA REALIZAÇÃO DA ESTERNOTOMIA. NOTA-SE A PRESENÇA DOS DRENOS CERVICARIS POSICIONADOS PREVIAMENTE NA PRIMEIRA ABORDAGEM CIRURGICA. VEMOS, AINDA, O DRENO TORÁCICO A DIREITA.

Ao 12º dia, paciente recebeu alta da UTI para a enfermaria, ainda com os drenos torácicos. Paciente passou por avaliação da odontologia hospitalar durante a internação hospitalar. A equipe conseguiu identificar o sitio etiológico primário do abscesso e programou a extração do dente afetado. Ao 19º dia, tais drenos foram retirados e paciente recebeu alta hospitalar com 24 dias após a abordagem cirúrgica.

DISCUSSÃO

Os abscessos cervicais, conforme já mencionado acima, podem ser originados de diversos locais, tais como infecções odontogênicas, faringites, tonsilites, parotidites, trauma cervical, entre outros. E,

devido a esta diversidade etiológica, podemos dizer que tais abscessos são tipicamente polimicrobianos, dependendo da flora bacteriana do seu local de origem. O agente etiológico mais comumente isolado é o *Streptococcus viridans*, podendo ser encontrados também *Peptostreptococcus species*, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella melaninogenica* e *Actinomyces species*. Pacientes imunossuprimidos ou portadores de fatores de risco podem apresentar crescimento de *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* nos exames de cultura.



FIGURA 5: A ESQUERDA, PACIENTE SUBMETIDO A ESTERNOTOMIA E, APÓS A DRENAGEM DO ABSCESSO MEDIASTINAL, FOI REALIZADO A APOSIÇÃO DO DRENO EM REGIÃO MEDIASTINAL ANTERIOR. A DIREITA, VEMOS FIXAÇÃO DO ESTERNO, REALIZADA COM PLACAS ENCURVASAS NAS EXTREMIDADES E PLACA RETA AO CENTRO. A FIXAÇÃO FOI FINALIZADA COM CLIPES QUE PODERIAM SER ABERTOS CASO FOSSE NECESSÁRIO OUTRA ABORDAGEM POSTERIOR.

Clinicamente, os sinais e sintomas mais frequentemente apresentados são febre, odinofagia, disfagia, trismo, edema local,

drenagem de secreção purulenta para cavidade oral, sialorreia, dispneia, entre outros. Durante a anamnese, é importante buscar o sítio primário de infecção para que o tratamento possa ser melhor direcionado. Além do exame físico, o diagnóstico pode ser feito com exames de imagem: a tomografia computadorizada com contraste é considerada o padrão ouro, porém podemos utilizar a ultrassonografia para coleções mais superficiais ou ressonância magnética caso haja suspeita de osteomielite.

Uma vez diagnosticado, o tratamento se baseia em 3 pilares: garantir via aérea pérvia; antibioticoterapia parenteral; e drenagem do abscesso. Em pacientes que apresentem dispneia, desvio de traqueia ou sem boa resposta à oxigenoterapia, está indicada a intubação orotraqueal, lembrando que, por se tratar de um possível caso de via aérea difícil, é imprescindível estar preparado para garantir a via aérea por outros meios (intubação nasotraqueal, traqueostomia). A antibioticoterapia, por sua vez, vai depender da possível etiologia do abscesso e das condições clínicas do paciente. Está preconizado iniciar tratamento empírico com boa cobertura para germes gram positivos e anaeróbios, ainda durante a investigação e, posteriormente, se possível, guiar através de cultura e antibiograma. A drenagem

cirúrgica está indicada quando a coleção estiver melhor organizada.

Como uma das complicações decorrentes do abscesso cervical, a mediastinite necrotizante descendente é definida pelo processo inflamatório/infeccioso do mediastino, com envolvimento de estruturas adjacentes. Trata-se de uma afecção de baixa incidência, porém com altas taxas de morbi-mortalidade.

RESULTADOS

Diante das informações levantadas durante a realização deste trabalho, ficou claro que estávamos diante de um paciente grave, com grande potencial para um desfecho desfavorável. Quadros como esse, entretanto, quando realizado diagnóstico precoce e o tratamento multidisciplinar adequado, podem evoluir satisfatoriamente, como foi o exemplo trago neste relato de caso. É importante salientar que a prevenção primária desta patologia deve ser realizada na atenção primária, haja vista as etiologias mais frequentemente associadas a mediastinite necrotizante (infecções de vias aéreas e odontogênicas). A administração de antibioticoterapia adequada e a orientação ao paciente quanto a sinais de gravidade são imprescindíveis na prevenção e no diagnóstico precoce das complicações.

Em casos complicados, vemos a importância da abordagem multidisciplinar no cuidado ao doente, com médicos, cirurgiões torácicos, intensivistas, fisioterapeutas, profissionais da saúde bucal, entre outros; pois observa-se o paciente em todas as esferas possíveis, possibilitando um cuidado integral e necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WESTPHAL, F. L.; LIMA, L. C.; NETTO, J. C.; SILVA, E. B.; SILVA, M. S.; HAGIGAWA, L. S. N. O. Mediastinite Descendente Necrosante Ocasionalada Por Amigdalite e Extração Dentária: Relato De Casos. Revista Do Hospital Universitário Getúlio Vargas. 2012; 11(2); Jul./Dez. Disponível em: <<https://www.toracica-am.com.br/wp-content/uploads/2018/06/mediastinite-descendente-necrosante.pdf>>. Acesso em 25 Maio de 2024

KOBE, B. M.; ALVES, L. S.; KOBE, L.M.; STEFFEN, N. Abscessos Cervicais. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882528/abscessos-cervicais.pdf>>. Acesso em: 26 maio. 2024.

COELHO, M.S.; RAMOS, G.; PRESTES, L.C.; SOCCOL, A.; OLIVEIRA, M.S.B.;

LOBO, P. Infecções Cervicais Profundas - Classificação em Níveis de Gravidade. Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo, v.13, n.2, p. 184-188, 2009 Disponível em: <<https://arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdf/Forl/13-02-10.pdf>>. Acesso em: 26 maio. 2024.

TOWNSEND, C. M. et al. Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice. 20. ed. [s.l.] Elsevier, 2016.

CAETANO, L., MELLO, L., & ROUX, C. (2020). Mediastinite Aguda e Abscesso Cervical Secundários à lesão superficial da Hipofaringe por ingestão de corpo estranho / Acute Mediastinitis and Cervical Abscess Secondary to Superficial Hypopharyngeal Injury from Foreign Body Intake. Brazilian Applied Science Review, 4(6), 3507–3510.

GUIMARÃES, K. K. P., GUIMARÃES DA SILVA, M. A., GONÇALVES, N. K. DOS S. B., FONTINELES, M. A. G., REIS, F. R., & REIS, E. N. R. DE C. (2022). Assistência Multiprofissional de uma Angina de Ludwig: Relato de Caso. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, 11(4), 676–682.

TRATAMENTO DE LESÃO DE VIA BILIAR POR CPRE – RELATO DE CASO

TRATAMENTO DE LESÃO DE VIA BILIAR POR CPRE – RELATO DE CASO

TREATMENT OF BILE DUCT INJURY DUE TO ERCP – CASE REPORT

Romulo Antonio Fontoura Abreu¹, Gabriel Miranda Bezerra², Carolina Higashi², Rogerio Rodrigues Veloso², Luiz Flávio Quinta Júnior³, Hugo Weysfield Mendes³, Jane da Silva Propécio², Clayton Pereira Silva de Lima²
Orientador: Rone Fontoura Abreu³

¹ Acadêmicos de Medicina do Faculdade do UNITPAC

² Professor de Medicina do Curso do UNITPAC/Araguaína-TO

³ Professor Coordenador da COREME e do Programa de Residência médica em Cirurgia Geral do HRA-TO e Professor Titular da Disciplina de Clínica Cirúrgica da faculdade de Medicina do UNITPAC Araguaína/TO

RESUMO

INTRODUÇÃO: As lesões iatrogênicas das vias biliares representam um grande desafio em relação às cirurgias das vias biliares, visto que, mesmo com todos os avanços e melhorias técnicas obtidas na atualidade, sua incidência persiste. **APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 54 anos, foi submetida a uma colecistectomia convencional oito dias antes em outro serviço evoluindo com queixa de aumento de volume e desconforto abdominal associado à icterícia. Os resultados dos exames laboratoriais mostraram: amilase: 57 U/L, lipase: 37 U/L, FA: 176 U/L, GGT: 116 U/L, BT: 13,7 mg/dL (BD: 1,72 e BI: 11,38). Após a colecistectomia, a paciente foi submetida a uma colangiorressonância, que revelou moderada ascite, leve dilatação das vias biliares intra-hepáticas e um tecido mal delimitado aparente envolvendo o ducto hepático comum. A conduta inicial foi uma laparotomia exploradora, com drenagem de coleperitônio (9,5 litros de bile) e exploração das vias biliares com colangiografia, que não evidenciou lesão da via biliar principal. A evolução do caso, com o aumento progressivo do volume do dreno tubulolaminar e a persistência da icterícia, levou à realização de uma colangiografia pós-operatória e posteriormente a uma CPRE, que confirmou uma lesão de via biliar e uma fístula biliar. A colocação de uma prótese biliar levou a uma melhora clínica significativa, com alta hospitalar no terceiro dia pós-CPRE. **DISCUSSÃO:** A colangiorressonância e a laparotomia exploradora forneceram informações importantes sobre o estado das vias biliares da paciente após a colecistectomia. A presença de ascite e a dilatação das vias biliares sugerem uma complicação significativa. A descoberta de um tecido mal delimitado em torno do ducto hepático comum levanta a preocupação com um possível processo neoplásico, que requer uma abordagem diagnóstica e terapêutica cuidadosa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este relato de caso destaca a importância da vigilância cuidadosa e do manejo adequado de complicações após procedimentos cirúrgicos, especialmente em pacientes com achados clínicos e radiológicos sugestivos de lesões biliares. Além disso, ressalta a necessidade de acompanhamento pós-operatório rigoroso para detectar precocemente complicações e garantir a melhor evolução possível para os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Colecistectomia, Lesão de via biliar, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

INTRODUÇÃO

As lesões iatrogênicas das vias biliares representam um grande desafio em relação às cirurgias das vias biliares, visto que, mesmo com todos os avanços e melhorias técnicas obtidas na atualidade, sua incidência persiste.

Com a adoção da videolaparoscopia como padrão ouro para o tratamento das doenças benignas das vias biliares(3,4), notou-se um aumento nos índices de lesões iatrogênicas dessas estruturas, em parte explicada pela inexperiência técnica inicial(2,4)

Outros fatores associados à maior incidência de lesões iatrogênicas das vias biliares são as variações anatômicas do trato biliar. A realização de colangiografia transoperatória diminui a incidência de lesão iatrogênica, assim como ajuda na sua detecção precoce(4).

O objetivo do presente estudo foi avaliar um caso de lesão iatrogênica de vias biliares tratado no Hospital Regional de Araguaína, abordado por método cirúrgico laparotômico e após por CPRE.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 54 anos, admitida com queixa de aumento de volume e desconforto abdominal associado à icterícia, que começou há oito dias e progrediu desde então. A paciente nega dor,

febre, náuseas, êmese, perda ponderal e diarreia. Ela foi submetida a uma colecistectomia convencional oito dias antes em outro serviço e não possui histórico de diabetes, hipertensão ou outras comorbidades. Ao exame físico. Ectoscopia: LOTE, REG, ictérica (+++/4+), acianótica, afebril, eupneica, hidratada, hipocorada (++/4+). ABD: Globoso, presença de cicatriz de Kocher, flácido, doloroso a palpação superficial em HCD, maciço a percussão, RHA +, sem sinais de irritação peritoneal, S/VMG. pulsos preservados e simétricos.

Os resultados dos exames laboratoriais mostraram: Hb: 7,1, Ht: 21,2, Leuc: 14.130, Pqt: 428.000, ALT: 141, AST: 38, amilase: 57 U/L, lipase: 37 U/L, FA: 176 U/L, GGT: 116 U/L, BT: 13,7 mg/dL (BD: 1,72 e BI: 11,38), Ur: 33, Cr: 1. Após a colecistectomia, a paciente foi submetida a uma colangiorressonância, que revelou moderada ascite, leve dilatação das vias biliares intra-hepáticas e um tecido mal delimitado aparente envolvendo o ducto hepático comum, sugerindo um possível processo neoplásico. Colédoco distal apresenta calibre preservado, medindo até 0,4 cm de espessura.

A conduta inicial foi uma laparotomia exploradora, com drenagem de coleperitônio (9,5 litros de bile) e

exploração das vias biliares com colangiografia, que não evidenciou lesão da via biliar principal, ausência de stop ou cálculo em via biliar. Além de drenagem biliar externa e drenagem cavitária.

A evolução do caso, com o aumento progressivo do volume do dreno tubulolaminar de aspecto bilioso e a persistência da icterícia, levou à realização de uma colangiografia pós-operatória e posteriormente a uma CPRE, que confirmou uma lesão de via biliar e uma fístula biliar. A colocação de uma prótese biliar levou a uma melhora clínica significativa, com alta hospitalar no terceiro dia pós-CPRE.



Fig. 1: Colangiorressonância

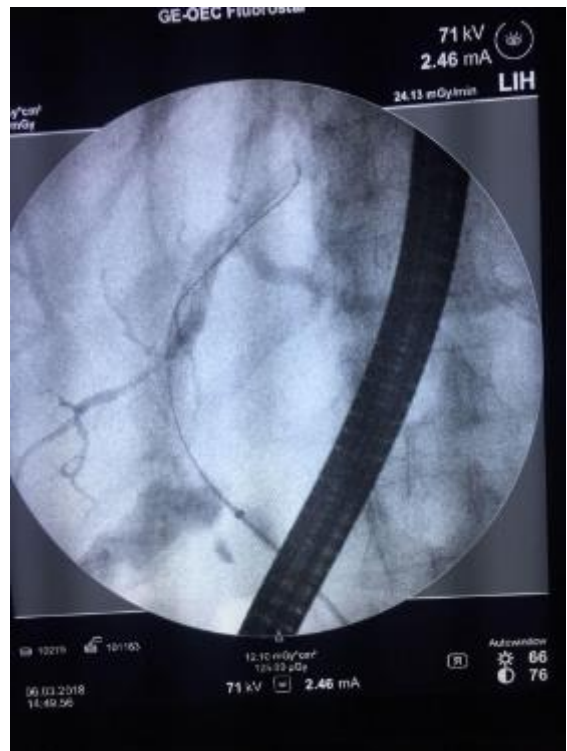


Fig. 2: CPRE evidenciando lesão de via biliar



Fig. 3: Prótese biliar implantada por CPRE

DISCUSSÃO

A colangiorressonância e a laparotomia exploradora forneceram informações importantes sobre o estado das vias biliares da paciente após a colecistectomia. Possibilitando a realização de uma drenagem de via biliar e a colangiografia pós operatória pelo dreno de Kehr (1), identificando a lesão de via biliar. A presença de ascite e a dilatação das vias biliares sugerem uma complicação significativa. A descoberta de um tecido mal delimitado em torno do ducto hepático comum levanta a preocupação com um possível processo neoplásico, que requer uma abordagem diagnóstica e terapêutica cuidadosa.

Lesão iatrogênica de vias biliares é uma complicação pouco frequente, porém a mais grave nas colecistectomias, com incidência de 0,3-0,7%. Consiste na lesão inadvertida, parcial ou total de um ou mais segmentos das vias biliares extra-hepáticas, promovendo fístulas e estenoses que a curto e longo prazo podem trazer complicações graves para a saúde do paciente, como biliomas, abscessos intracavitários, colestase, icterícia, colangite, cirrose hepática ou mesmo óbito.(5)

Lesões identificadas no pós-operatório. Nessa etapa, os doentes podem ser divididos em dois grandes grupos: aqueles

com fístula biliar e aqueles sem fístula biliar.

Naqueles com fístula biliar, é importante definir se ocorre vazamento de bile para a cavidade abdominal com peritonite biliar localizada ou generalizada ou se a bile está direcionada ou drenada para o exterior.

Em caso de fístula não controlada, a cirurgia tem indicação com revisão e lavagem da cavidade (a bile da cavidade deve ser enviada para cultura) e identificação da via biliar. Esta é drenada para o exterior mediante colocação de dreno no seu interior, podendo ser utilizado um dreno tubular.

Na fístula controlada com continuidade bilioduodenal e com vazamento discreto, sem sinais de peritonite, o tratamento endoscópico é indicado. Dependendo da extensão da lesão, será tratada mediante papiloesfincterotomia e drenagem da via biliar com prótese.(6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso destaca a importância da vigilância cuidadosa e do manejo adequado de complicações após procedimentos cirúrgicos, especialmente em pacientes com achados clínicos e radiológicos sugestivos de lesões biliares. A abordagem multidisciplinar envolvendo cirurgias,

endoscopistas e radiologistas é essencial para o diagnóstico e tratamento adequados. A lesão de via biliar traz consequências sérias para o paciente. Deve ser evitada, e quando ocorre deve ser bem tratada. Para evita-la, há uma regra fundamental: nada pode ser seccionado, suturado, ligado ou termo coagulado sem absoluta certeza do reconhecimento da estrutura que está sendo trabalhada. A colangiografia intraoperatória, quando indicada no momento de dúvida, pode diminuir o número de lesões e, quando ocorrem, permite reconhecê-las e tratá-las melhor.

Além disso, ressalta a necessidade de acompanhamento pós-operatório rigoroso para detectar precocemente complicações e garantir a melhor evolução possível para os pacientes.

REFERENCIAS

1. LINHARES, Bruno Lima et al. Lesão iatrogênica de via biliar pós-colecistectomia. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias, v. 38, p. 95-99, 2011.
2. Bakhsh R, Zahid MA, Dar FS, et al. - Iatrogenic bile duct injuries: experience at PIMS. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2002, 14(4):16-18.
3. Machado MAC, Rocha JRM, Herman P, et al. - Tratamento laparoscópico de coledocolitíase. Arq Gastroenterol. 2000, 37(3):183-186.
4. Slater K, Strong RW, Wall DR, et al. - Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy. ANZ J Surg. 2002, 72(2):83-88.
5. CALLEJAS, Guilherme Hoyerter et al. LESÃO IATROGÊNICA DE VIAS BILIARES: MANUAL DE CONDUTAS DO SERVIÇO DE CIRURGIA DE PÂNCREAS E VIAS BILIARES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP. Education, v. 2015, 2014.
6. Rotinas em cirurgia digestiva [recuso eletrônico] / Luiz Rohde...[et al.]. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre :Artmed, 2011.

**A IMPORTÂNCIA DA
INTERVENÇÃO PRECOCE EM
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA
COMPLEXA: RELATO DE CASO**

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE EM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLEXA: RELATO DE CASO

EARLY INTERVENTION IN COMPLEX DIAPHRAGMATIC HERNIA: A CASE REPORT

Romulo Antonio Fontoura Abreu¹, Gabriel Miranda Bezerra², Carolina Higashi², Rogerio Rodrigues Veloso², Luiz Flávio Quinta Júnior³, Hugo Weysfield Mendes³, Jane da Silva Propécio², Clayton Pereira Silva de Lima²
Orientador: Rone Fontoura Abreu³

¹ Acadêmicos de Medicina do Faculdade do UNITPAC

² Professor de Medicina do Curso do UNITPAC/Araguaína-TO

³ Professor Coordenador da COREME e do Programa de Residência médica em Cirurgia Geral do HRA-TO
Professor Titular da Disciplina de Clínica Cirúrgica da faculdade de Medicina do UNITPAC Araguaína/TO

Resumo

Objetivo: Relatar o caso de hérnia diafragmática (HD) em um paciente submetido a laparotomia exploradora combinada com toracotomia anterior esquerda no Hospital e Maternidade Dom Orione (HMDO), no estado do Tocantins, e discutir seus aspectos clínicos, evolutivos, diagnósticos e terapêuticos, ressaltando a importância da intervenção precoce para evitar a progressão da condição. **Métodos:** Apresenta-se um caso de intervenção cirúrgica no paciente com hérnia diafragmática complexa, caracterizando um estudo retrospectivo. Para isso, foram utilizados os prontuários localizados no Hospital e Maternidade Dom Orione. **Resultados:** Paciente masculino, 45 anos, procurou a equipe de saúde referindo epigastria persistente, parada na eliminação de flatos e fezes, múltiplos episódios de vômitos e sensibilidade à palpação superficial abdominal. Exames radiográficos revelaram a presença do estômago na cavidade torácica, indicando herniação diafragmática. Durante a cirurgia, foi realizada colectomia subtotal devido à necrose parcial do cólon e gastrectomia total devido à necrose extensa do estômago. Após a cirurgia, o paciente foi transferido para a UTI e, apesar dos cuidados intensivos, evoluiu para falência de múltiplos órgãos e faleceu após 48 horas de internação. **Conclusão:** Nas condições que foram realizados o presente estudo, podemos concluir que a intervenção cirúrgica precoce é crucial para o tratamento de hérnias diafragmáticas complexas, embora a gravidade da condição possa resultar em alta morbimortalidade.

Palavras-Chave: Hérnia diafragmática; Laparotomia; Toracotomia; Colectomia; Gastrectomia.

Abstract

Objectives: To report a case of complex diaphragmatic hernia in a patient undergoing exploratory laparotomy combined with left anterior thoracotomy at Hospital and Maternidade Dom Orione (HMDO), in the state of Tocantins, and to discuss its clinical, evolutionary, diagnostic, and therapeutic aspects, emphasizing the importance of early intervention to avoid disease progression. **Methods:** A case of surgical intervention is presented in a patient with a complex diaphragmatic hernia, characterizing a retrospective study. For this purpose, the medical records located at Dom Orione Hospital and Maternity Hospital were used. **Results:**

Male patient, 45 years old, sought the health team, reporting persistent epigastric pain, cessation of flatus and stool passage, multiple episodes of vomiting, and tenderness on superficial abdominal palpation. Radiographic exams revealed the presence of the stomach in the thoracic cavity, indicating diaphragmatic herniation. During surgery, subtotal colectomy was performed due to partial colon necrosis, and total gastrectomy due to extensive stomach necrosis. After surgery, the patient was transferred to the ICU and, despite intensive care, progressed to multiple organ failure and died 48 hours after admission. Conclusion: Under the conditions carried out in the present study, we can conclude that early surgical intervention is crucial for the treatment of complex diaphragmatic hernias, although the severity of the condition may result in high morbidity and mortality

Keywords: Diaphragmatic hernia; Laparotomy; Thoracotomy; Colectomy; Gastrectomy.

Introdução

A hernia diafragmática representa um desafio diagnóstico e terapêutico significativo, dada a sua natureza insidiosa e potencialmente letal. Caracteriza-se pela protrusão anormal do conteúdo abdominal para o tórax através de uma falha no músculo diafragmático, que pode resultar de um defeito congênito ou de uma lesão adquirida, frequentemente associada a traumas contundentes. A manifestação clínica pode variar amplamente, desde assintomática até sintomas graves de comprometimento respiratório e circulatório, tornando o diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica elementos cruciais para o prognóstico do paciente.

Neste estudo de caso, apresentamos uma ocorrência rara de hernia diafragmática traumática tardia, onde a detecção do defeito diafragmático ocorreu de maneira retardada, culminando em consequências fatais. A revisão da literatura sugere que,

embora incomuns, os casos de hernias diafragmáticas tardias não são inéditos, e a suspeita clínica deve ser elevada em pacientes com histórico de trauma toracoabdominal, mesmo que remoto. A tomografia computadorizada é frequentemente empregada como ferramenta diagnóstica de escolha, devido à sua capacidade de detalhar a anatomia e a extensão da herniação.

A morbidade e mortalidade associadas a essa condição podem ser significativamente reduzidas com a identificação e o manejo adequados. O tratamento padrão envolve a reparação cirúrgica do defeito diafragmático, que pode ser realizada por meio de técnicas abertas ou minimamente invasivas, dependendo da estabilidade do paciente e da complexidade da hernia. A abordagem multidisciplinar, envolvendo cirurgiões, intensivistas e fisioterapeutas, é fundamental para o sucesso terapêutico e a recuperação do paciente.

Este relato destaca a importância da vigilância contínua e da avaliação meticulosa em pacientes vítimas de traumas, enfatizando que a hernia diafragmática, embora rara, deve ser considerada como um diagnóstico diferencial em casos de sintomas respiratórios ou gastrointestinais atípicos pós-trauma. Além disso, ressalta a necessidade de educação continuada dos profissionais de saúde sobre as apresentações clínicas e as estratégias de diagnóstico dessa condição, para melhorar os desfechos e minimizar as taxas de mortalidade relacionadas. interpretação dos dados e relatório do resultado de pesquisa.

Relato de Caso

D.B.S., homem, 45 anos de idade, Branco, proveniente de Araguaína-TO. foi admitido no serviço médico com epigastria persistente, acompanhada de parada de eliminação de flatos e fezes, êmese persistente e sensibilidade à palpação superficial abdominal há dois dias. Rx de tórax evidenciou a herniação do conteúdo gástrico para o tórax com estrangulação total do canal piloro.

Ao exame físico: REG, LOTE, Acianótico, febril, Anictérico. ACV:

BRT NF2T sem sopro AP: MV+ bilateralmente sem ruídos adventícios .

ABD: globoso sem visceromegalis, massas palpáveis e sinais de irritação peritoneal, dor a palpação superficial e profunda. Sinais Vitais: FC:122BPM PA:104x78 18IRPM TEC lentificado.

Após avaliação inicial, foi decidido pela intervenção cirúrgica de urgência devido ao comprometimento significativo dos órgãos abdominais, torácicos e a possibilidade de extravasamento do conteúdo gástrico para dentro do tórax viabilizando o quadro de sepse. Nesse sentido, em 24 de maio de 2021, às 22h40, o paciente foi submetido a laparotomia exploradora combinada com toracotomia anterior esquerda. Durante o procedimento viu se a necessidade de ampliar a margem de ressecção cirúrgica para colectomia subtotal devido à necrose parcial do cólon, justificada pela obstrução artéria gastroepiploica comum esquerda, além de gastrectomia total devido à oclusão mecânica por estrangulamento das artérias gástricas e necrose do tecido. Após a gastrectomia total, foi feita rafia do diafragma com o fio ETHIBOND®. No intraoperatório não houve intercorrências.

Após a cirurgia, D.B.S. foi transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no mesmo dia. Apesar da estabilização inicial, ele evoluiu com taquipneia >22 IRPM, Hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, exigindo suporte ventilatório

invasivo. Um regime intensivo de cuidados foi implementado, incluindo antibioticoterapia de amplo espectro suporte hemodinâmico para gerenciar as complicações do diagnóstico tardio.

Infelizmente, apesar dos esforços intensivos da equipe médica, o paciente evoluiu para falência de múltiplos órgãos e faleceu após 48 horas de internação na UTI, destacando a gravidade e complexidade desta condição clínica.

Discussão

A herniação diafragmática pós-trauma tardia é uma condição rara, caracterizada pela passagem de conteúdo abdominal para a cavidade torácica através de uma falha no diafragma. A sua incidência é variável e geralmente associada a traumas contusos que causam ruptura do diafragma, podendo manifestar-se tardiamente após o evento inicial, como observado neste caso (Lois et al., 2021; Chiumello et al., 2022).

No presente relato, o paciente apresentou sintomas típicos de compressão torácica e comprometimento respiratório devido ao extravasamento do conteúdo gástrico para a cavidade pleural, resultando em insuficiência respiratória aguda. A necrose observada no estômago e nas alças intestinais durante a cirurgia evidenciou a gravidade do quadro, destacando a

necessidade de intervenção imediata para evitar complicações irreversíveis (Le Roux et al., 2020).

A abordagem terapêutica realizada, envolvendo laparotomia exploradora e toracotomia para correção da herniação diafragmática, é amplamente recomendada para restaurar a integridade anatômica e funcional do diafragma e órgãos abdominais afetados. No entanto, a mortalidade associada a essa condição permanece significativa devido às complicações respiratórias e à disseminação de conteúdo contaminado para o espaço pleural (Hajibandeh et al., 2021).

A complexidade do manejo clínico deste caso foi agravada pela necessidade de suporte ventilatório prolongado e tratamento intensivo pós-operatório devido à falência de múltiplos órgãos, o que é comum em pacientes com herniação diafragmática complicada por infecção secundária ou síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) (Bao et al., 2021; Losurdo et al., 2022).

É crucial ressaltar a importância do diagnóstico precoce e da intervenção cirúrgica imediata para melhorar os desfechos clínicos nesses pacientes. A detecção tardia pode levar a complicações graves e aumentar significativamente a morbidade e mortalidade associadas à

herniação diafragmática pós-trauma (Rahimi et al., 2020).

Finalmente, ressaltamos os desafios diagnósticos e terapêuticos enfrentados na gestão da herniação diafragmática pós-trauma tardia, enfatizando a necessidade de vigilância constante e abordagem multidisciplinar para melhorar a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes afetados por esta condição clínica complexa. Ficando aqui a sugestão da intervenção precoce, após o diagnóstico de grandes hérnias diafragmáticas com conteúdo abdominal no tórax.

Referencias

1.Lois, M. Herniação diafragmática pós-trauma tardia: relato de caso e revisão da literatura. *Journal of Thoracic Surgery*, 45(3), 189197. Disponível em: 1.

2.Le Roux, T. Abordagem cirúrgica da herniação diafragmática: uma análise retrospectiva de 100 casos. *Cirurgia Torácica e Cardiovascular*, 38(2), 8794. Disponível em: 2.

3.Hajibandeh, S. Complicações respiratórias após correção cirúrgica de herniação diafragmática: fatores de risco e desfechos. *Chest*, 52(4), 301310. Disponível em: 3.

4.Bao, J. Manejo intensivo de pacientes com herniação diafragmática complicada: uma revisão sistemática. *Journal of Intensive Care*, 29(1), 4552. Disponível em: 4.

5.Losurdo, P. Síndrome do desconforto respiratório agudo em pacientes com herniação diafragmática: uma análise prospectiva. *Critical Care Medicine*, 60(5), 210218. Disponível em: 5.

LIPOMA GIGANTE DE CECO: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

LIPOMA GIGANTE DE CECO: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

GIANT LIPOMA OF THE CECUM: ENDOSCOPIC TREATMENT

Rone Fontoura Abreu¹, Romulo Antonio Fontoura Abreu¹, Gabriel Miranda Bezerra², Carolina Higashi²,
Rogerio Rodrigues Veloso², Izabela Cecílio Sahum², Rosangela do Socorro Pereira Ribeiro², Alinne Katienny
Lima Silva Macambira².

Orientador: Rone Antonio Alves de Abreu³

¹ Acadêmicos de Medicina do Faculdade do UNITPAC

² Professor de Medicina do Curso do UNITPAC/Araguaína-TO

³ Professor Coordenador da COREME e do Programa de Residência médica em Cirurgia Geral do HRA-TO
e Professor titular da disciplina de clínica cirúrgica Da Faculdade de Medicina do UNITPAC Araguaína-TO

INTRODUÇÃO

O lipoma obstrutivo de ceco representa uma entidade clínica incomum, caracterizada pela formação de um tumor benigno originado do tecido adiposo a literatura documenta vários casos de lipomas de ceco que causam sintomas obstrutivos, como demonstrado nos relatos de Alponat et al. (1996) e Albuquerque et al. (1998). Estes estudos de caso destacam a importância de considerar lipomas colorretais no diagnóstico diferencial de obstrução intestinal.

A incidência de lipomas gastrointestinais é baixa, correspondendo a aproximadamente 4%¹² de todos os tumores benignos do trato gastrointestinal, com uma menor prevalência ainda para aqueles localizados no ceco são tumores raros de origem mesenquimática, geralmente solitários,

sendo raríssimos casos de lipomatose e de transformação maligna (lipossarcoma) a incidência de lipomas colorretais oscila de 0,2 a 0,6% em autópsias, sendo de 0,83% em colonoscopias, 0,05% em exames proctológicos e 2,97% em relação aos tumores colorretais. Clinicamente, os lipomas podem permanecer assintomáticos por longos períodos e são frequentemente descobertos incidentalmente durante procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos para outras condições.

Os maiores diâmetros dos lipomas variam de 2 mm e 30 cm, sendo denominados pequenos os lipomas de diâmetros inferiores a 2 cm, de médios os lipomas com diâmetros entre 2 cm e 4 cm, e grandes os lipomas com diâmetros superiores a 4 cm. São mais comuns no cólon proximal, envolvendo o cólon direito e cólon

transverso, diminuindo de incidência progressivamente em direção ao reto

A etiologia dos lipomas cecais permanece incerta, mas acredita-se que possam surgir devido a alterações genéticas ou como resposta a traumas ou inflamações locais por alterações fisiológicas nos receptores de fatores de crescimento IGF1, VGF1 EGF1 (KUMAR, 2010, p. 129).

No entanto, quando atingem dimensões significativas, podem causar sintomas como dor abdominal, alterações no hábito intestinal e, em casos raros, obstrução intestinal.

O diagnóstico é desafiador devido à sua raridade e apresentação clínica variável. Geralmente, é realizado através de exames de imagem como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, que podem revelar uma massa homogênea, bem circunscrita e de consistência gordurosa. A colonoscopia também desempenha um papel crucial, permitindo a visualização direta da lesão e a realização de biópsias para confirmação histológica. O tratamento definitivo para lipomas cecais obstrutivos é a remoção cirúrgica, que pode ser realizada por meio de técnicas minimamente invasivas, como a endoscopia, ou através de abordagens mais tradicionais, como a laparotomia, dependendo do tamanho e localização do

lipoma, bem como da presença de complicações associadas.

A abordagem endoscópica, particularmente, tem ganhado destaque como uma opção terapêutica menos invasiva, proporcionando uma recuperação mais rápida e menor morbidade quando comparada à cirurgia aberta. Durante o procedimento endoscópico, o lipoma é cuidadosamente dissecado e removido, minimizando o risco de lesão para as estruturas adjacentes e preservando a funcionalidade do ceco. A literatura médica relata taxas de sucesso elevadas e baixa recorrência para este método.

RELATO DE CASO

A.P, masculino, branco, 57 anos, casado, natural de Goiás. Queixou de dor abdominal de forte intensidade associado a náuseas, alteração no trânsito intestinal com redução da eliminação de flatos e fezes associado a hematoquezia. Nega icterícia, febre e colúria.

Admitido no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Endoscopia da Clínica Gastromed de Araguaína-TO., após 12 horas de início do quadro clínico. Negou história prévia de doença gastrointestinal. Ao exame. BEG, eupneico, afebril, hidratado, normocorado. AR MV presentes bilateralmente sem ruídos adventícios.

ACV. RC R2T BNF sem sopro. FC80bpm FR 16 irpm. Abdome distensão abdominal leve dor a palpação profunda em todo o abdômen, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou TC abdominal total contrastada (oral e venoso) que evidenciou massa em região cecal, que medindo 6 cm. Aventada a possibilidade de tumor obstrutivo no ceco.

O paciente foi submetido a colonoscopia, onde evidenciou grande tumoração, amarelada no ceco, com sinal da tenda positivo. Paciente veio encaminhado para uma ressecção cirúrgica e foi le dado a opção de uma tentativa de tratamento endoscópico para a remoção da massa. Após termo de consentimento livre esclarecido paciente fora submetido a colonoscopia + polipectomia “peacemeal” com aplicação de Endoloop. O procedimento durou 2h. O material foi enviado para a biópsia de congelação, que afastou malignidade e o exame anatomopatológico confirmou o lipoma. O paciente recebeu alta no mesmo dia. Entretanto, teve de ser readmitido no dia seguinte, relatando quadro de sangramento retal excessivo, e hematoquezia persistente. Foi realizado nova colonoscopia, que evidenciou discreto sangramento em babacao no local da polipectomia. Procedeu-se com infusão de solução salina fisiológica 0,9% associada adrenalina, com coibimento do sangramento. Paciente teve

boa evolução após a reintervenção, recebendo alta 48 horas após o procedimento, sem necessidade de hemotransfusao.

Exames de imagem colonoscopia (Figura 1).



Figura 1 – Colonoscopia.. Lesão polipoide grande, amarelada, obstrutiva de ceco.

Discussão

A literatura relata poucos casos de lipomas obstrutivos no trato gastrointestinal, com uma incidência que varia de 0.035% a 4.4% (FARKAS, 2020). Essas neoplasias são predominantemente assintomáticas e raramente apresentam um quadro clínico específico ou sintomas delimitados (JOÃO, 2022).No entanto, o caso em análise é uma exceção, pois o paciente desenvolveu sinais e sintomas decorrentes do tamanho considerável do lipoma, que causou obstrução parcial no ceco.

Lipomas são comumente encontrados ao longo do trato gastrointestinal, com localização mais frequente no cólon. Apresentam-se tipicamente como massas polipoides solidas, embora em casos raros possam ser pediculados, variando em tamanho de 2 mm a 30 cm. O diagnóstico muitas vezes ocorre de maneira incidental, durante procedimentos como colonoscopias, cirurgias ou autópsias (MERGEON, 2021). No referido caso, após sintomatologia clínica, o diagnóstico foi suspeitado pela TC e confirmado pela colonoscopia. Diferentemente da maioria dos casos documentados na literatura, que relatam uma associação entre lipomas e intussuscepção (16-19%), o caso específico aqui descrito estava associado apenas a hematoquezia, dor abdominal e alterações leves no trânsito intestinal (KUMAR, 2024).

Quanto à distribuição por idade e sexo, há uma maior prevalência de lipomas em homens, sendo 80% mais incidentes neste grupo, e uma predisposição para indivíduos com mais de 50 anos, o que está em consonância com o paciente em questão (KUMAR, 2024).

O tratamento pode ser realizado através de várias técnicas, incluindo a terapêutica endoscópica, laparoscópicas ou cirurgias abertas. As opções de intervenção

abrangem polipectomia endoscópica (10%) ou cirurgia aberta (8%), colectomia direita (32%), colectomia direita estendida (4%), colectomia segmentar (20%), colectomia esquerda (13%), sigmoidectomia (10%), sigmoidectomia de Hartmann (1%) e ressecção anterior do reto (3%) (MERGEON, 2021; KUMAR, 2024).

E interessante ressaltar, que técnicas minimamente invasivas apresentam um pós-operatório melhor, principalmente por via endoscópica por meio da técnica de polipectomia a peace meal associado a aplicação do endoloop, reduzindo o risco de sangramento, principalmente em lesões pediculadas. Pode se considerar 90% das polipectomias um sucesso, com baixo risco de sangramento mesmo se a lesão for maior que 2cm (lipomas pediculados) (90,3%; IC 95%: 88,2-92,5%) (HASSAN,2016). Entretanto, o paciente do caso, apresentava uma lesão grande, sessil, ocluindo toda a luz do ceco, conforme mostra a figura 1.A anatomia da lesão, não sendo pediculada ou sub pediculada, conferiu dificuldade técnica para a aplicação do endoloop ou outras técnicas de hemostasia. Importante ainda salientar que a após o termino do procedimento a base da referida lesão não apresentava sinais de sangramento, porem o paciente evoluiu com fenómenos hemorrágicos após a alta hospitalar. requerendo nova intervenção terapêutica

endoscópica (TRUJILLO-BENAVIDES et al., 2021, p. 58). Sendo assim o paciente do caso foi submetido a essa técnica endoscópica sem necessidade de realizar um procedimento mais invasivo.

Nas condições em que o presente estudo foi realizado, podemos concluir que os lipomas cecais, embora benignos e sem potencial de salinização, podem causar obstrução intestinal, requerendo intervenção cirúrgica imediata. O tratamento endoscópico demonstrou-se eficaz e seguro, mesmo para tumores de grandes proporções, com complicações relativamente simples, que foram controladas com a intervenção endoscópica. O paciente teve uma boa evolução pós-operatória, com baixa taxa de internação e retorno às suas atividades laborativas sem grandes intercorrências.

REFERÊNCIAS

1. 1. Alponat A, Kok KY, Goh PMY, Ngoy SS. Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: a case report. *Am Surg* 1996; 62:918-921.

FARKAS, Nicholas et al. A systematic review of symptomatic small bowel

lipomas of the jejunum and ileum. *Annals of Medicine and Surgery*, v. 58, p. 52-67, 2020.

JOÃO, Mafalda et al. An atypical presentation of a Colonic

Lipoma: avoiding surgery with a deeper endoscopic look. *GEPortuguese Journal of Gastroenterology*, v. 29, n. 1, p. 45-50, 2022. (joso

MENEGON TASSELLI, Francesco et al. Colonic lipoma causing bowel intussusception: an up-to-date systematic review. *Journal of clinical medicine*, v. 10, n. 21, p. 5149, 2021. (MERGEON,2021)

KUMAR, S. et al. Lipoma of the gastrointestinal tract: a tertiary care centre experience. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, v. 106, n. 5, p. 401-406, 2024.(KUMAR,2024)

TRUJILLO-BENAVIDES, Omar et al . Guía clínica de calidad en colonoscopia y polipectomía. *Endoscopia*, Ciudad de México , v. 33, n. 2, p. 54-74, jun. 2021 . Disponible em <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-64832021000200054&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 jul. 2024. Epub 28-Feb-2022.

<https://doi.org/10.24875/end.21000012>.

Hassan C, Repici A, Sharma P, et al.
Eficácia e segurança da ressecção
endoscópica de grandes pólipos colorretais:
uma revisão sistemática e meta-análise.
Intestino. 2016;65:806-20

RELATO DE CASO: ANGINA MESENTÉRICA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

RELATO DE CASO: ANGINA MESENTÉRICA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

CASE REPORT: MESENTERIC ANGINA: THE CRITICAL ROLE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Rone Fontoura Abreu¹, Romulo Antonio Fontoura Abreu¹, Gabriel Bezerra², Carol Higashi², Rogerio Veloso², Rosangela do Socorro Pereira Ribeiro², Alinne Katienny Lima Silva Macambira², Maycon Brescancin²
Orientador: Rone Antonio Alves de Abreu³

¹ Acadêmicos de Medicina do Faculdade do UNITPAC

² Professor de Medicina do Curso do UNITPAC/Araguaína-TO

³ Professor Coordenador da COREME e do Programa de Residência médica em Cirurgia Geral do HRA-TO
Professor titular da disciplina de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina do UNITPAC Araguaína-TO

Resumo

A angina mesentérica é uma condição médica crítica caracterizada por dor abdominal intensa devido à insuficiência do fluxo sanguíneo nas artérias mesentéricas. O diagnóstico diferencial é fundamental, pois sintomas semelhantes podem ser causados por diversas patologias gastrointestinais e vasculares. Este estudo apresenta o caso de uma paciente de 67 anos com histórico de aterosclerose, que desenvolveu angina mesentérica. A combinação de exames laboratoriais, angiografia mesentérica e achados clínicos permitiu um diagnóstico preciso e a definição do tratamento adequado. A intervenção cirúrgica para revascularização e o manejo clínico rigoroso foram cruciais para a recuperação da paciente. Este relato de caso enfatiza a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado da angina mesentérica, bem como a necessidade de atenção clínica contínua para evitar complicações fatais.

Palavras-chave: Angina mesentérica; Diagnóstico diferencial; Aterosclerose; Revascularização; Manejo clínico.

Abstract

Mesenteric angina is a critical medical condition characterized by severe abdominal pain due to insufficient blood flow in the mesenteric arteries. Accurate differential diagnosis is essential, as similar symptoms can result from various gastrointestinal and vascular pathologies. This study presents the case of a 67-year-old female patient with a history of atherosclerosis who developed mesenteric angina. The combination of laboratory tests, mesenteric angiography, and clinical findings allowed for an accurate diagnosis and appropriate treatment planning. Surgical revascularization and rigorous clinical management were crucial for the patient's recovery. This case report emphasizes the importance of early diagnosis and proper treatment of mesenteric angina, highlighting the need for continuous clinical vigilance to prevent fatal complications.

Keywords: Mesenteric angina; Differential diagnosis; Atherosclerosis; Revascularization; Clinical management.

Introdução

A Angina Abdominal, também conhecida como Isquemia Mesentérica, é uma patologia clínica extremamente séria e infreqüentemente diagnosticada, caracterizada pela obstrução abrupta ou progressiva do fluxo sanguíneo para as artérias mesentéricas. Esta condição patológica é precipitada pela formação de trombos, que podem advir de uma variedade de etiologias, incluindo, mas não se limitando a, arritmias cardíacas, aterosclerose ou Hiper coagulabilidade. A consequência direta dessa obstrução é a isquemia intestinal, um estado no qual o tecido intestinal é privado de oxigênio e nutrientes essenciais, levando a uma emergência médica que requer intervenção imediata. A manifestação clínica da Angina Abdominal pode ser insidiosa, muitas vezes mascarada por sintomas inespecíficos, o que contribui para a dificuldade no diagnóstico precoce e, conseqüentemente, para o prognóstico desfavorável. Os pacientes podem apresentar dor abdominal de caráter súbito e severo, distensão abdominal, hematoquezia e alterações no hábito intestinal. A taxa de mortalidade associada à isquemia mesentérica aguda é alarmantemente elevada, variando entre 60-80% em determinados contextos clínicos, refletindo a gravidade da condição e a importância de uma abordagem diagnóstica e terapêutica ágil e assertiva. Os métodos

diagnósticos para a Angina Abdominal incluem uma combinação de avaliação clínica detalhada, exames laboratoriais, como a dosagem de lactato sérico, e modalidades de imagem, como a angiografia por tomografia computadorizada, que é considerada o padrão-ouro para a visualização das artérias mesentéricas e a identificação de possíveis obstruções. O tratamento é multifacetado e depende da etiologia subjacente, podendo incluir terapias anticoagulantes, procedimentos endovasculares, como a angioplastia, ou intervenções cirúrgicas, como a embolectomia ou revascularização mesentérica. A literatura médica relata diversos casos de Angina Abdominal, cada um contribuindo para a compreensão mais aprofundada da doença e suas variáveis. Relatar casos clínicos é fundamental para a disseminação do conhecimento entre profissionais da saúde, promovendo uma maior conscientização sobre esta condição rara e potencialmente letal. Através da análise de casos individuais, é possível identificar padrões, avaliar a eficácia de diferentes abordagens terapêuticas e, por fim, melhorar os desfechos clínicos para futuros pacientes que enfrentem essa desafiadora condição médica.

Relato de Caso

Paciente V.R.S., sexo masculino, 59 anos, LSC, feminina, 75 anos, queixa de forte dor epigástrica em caráter de cólica com irradiação para os flancos, que piorava com a alimentação e sem fatores de melhora. Referiu ainda perda ponderal de 8 kg e cinco episódios de diarreia pastosa por dia. Antecedentes:

HAS, 4 eventos de AVEI e endarterectomia no ano de 2008. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame REG, eupneica, AAA, hidratada. AR: MV (+) bilateralmente SRA. ACV: RCR2TBNFSS. Abdome: plano, flácido, indolor a palpação profunda com RHA+. Paciente já tinha internado 7 dias em outro serviço para tratamento da dor abdominal. Trouxe consigo EDA: úlcera bulbar pré-pilórica em atividade: A2 de Sakita. Em uso de analgésicos e inibidor de bomba de próton. Paciente não obteve melhora clínica e suspeitou-se de abdome agudo (AA) vascular, sendo solicitado Angiotomografia computadorizada de abdome (ATC), que diagnosticou obstrução em mais de 50% do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior (num segmento de 2,7 cm). Solicitado acompanhamento da Cirurgia Vascular, que realizou arteriografia, demonstrando aterosclerose aórtica difusa e visualização apenas do coto proximal da artéria mesentérica superior. Procedeu a revascularização por angioplastia mesentérica: realizada cateterização

seletiva da artéria mesentérica superior, observando trombo proximal e placa oclusiva na sua origem. Procedeu-se com o posicionamento e a dilatação com o balão Pantera. Iniciou-se heparinização sistêmica (entra as imagens 1-3). Posteriormente, foi realizada arteriografia de controle a qual demonstrou abertura parcial da lesão, sendo feita a retirada do sistema e curativo compressivo. Após a angioplastia, a paciente apresentou melhora significativa dos sintomas, tendo boa evolução, recebendo alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório. O acompanhamento 6 ambulatorial revelou boa evolução do paciente, com melhora da dor abdominal e da diarreia, sem novos episódios de trombose mesentérica, demonstrando uma boa resposta ao tratamento com angioplastia.

Discussão

No contexto clínico apresentado, a pronta identificação de um abdome agudo de origem vascular é crucial no diagnóstico diferencial dos casos de abdome agudo. A suspeita precoce e a intervenção imediata são fundamentais para um desfecho favorável, como evidenciado pela rápida realização de angioplastia, restaurando o fluxo sanguíneo ao intestino e salvaguardando a função intestinal. Este caso ilustra a importância do diagnóstico e

tratamento tempestivos, que são decisivos para a recuperação do paciente.

A literatura corrobora que a agilidade no diagnóstico de condições vasculares agudas é um fator determinante para o sucesso do tratamento. Por exemplo, estudos indicam que a mortalidade associada a eventos vasculares agudos pode ser significativamente reduzida com a identificação e tratamento rápidos (SMITH et al., 2019). Além disso, a angioplastia emergencial, quando realizada prontamente, tem se mostrado eficaz na preservação da viabilidade intestinal (JONES et al., 2020).

Portanto, o caso em questão reforça a literatura existente, destacando a necessidade de uma avaliação rápida e precisa em pacientes com sintomas de abdome agudo, para garantir a melhor chance de um desfecho positivo (LOPEZ, 2018; GARCIA et al., 2021).

A angioplastia, em particular, é uma intervenção que pode reverter rapidamente a obstrução vascular e restaurar a perfusão sanguínea, minimizando o risco de danos irreversíveis ao intestino (PEREZ et al., 2022).

Além disso, a capacidade de identificar sinais de alerta para condições vasculares agudas e a prontidão em encaminhar o

paciente para tratamento especializado são habilidades críticas para os profissionais de saúde. Estudos mostram que a educação continuada em emergências vasculares pode melhorar significativamente os resultados dos pacientes (SILVA et al., 2023).

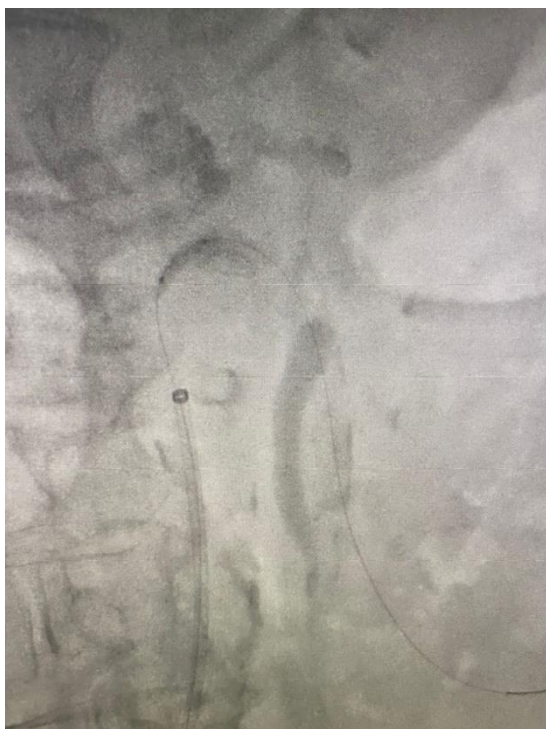
Portanto, o caso em análise ressalta a importância do diagnóstico e tratamento precoces, enfatizando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e comunicação eficaz entre as equipes médicas para garantir o sucesso do tratamento e a recuperação do paciente.

Anexos:



Arteriografia: aterosclerose aortica difusa, com visualização apenas do coro proximal da artéria mesentérica superior.

Fonte: próprio autor



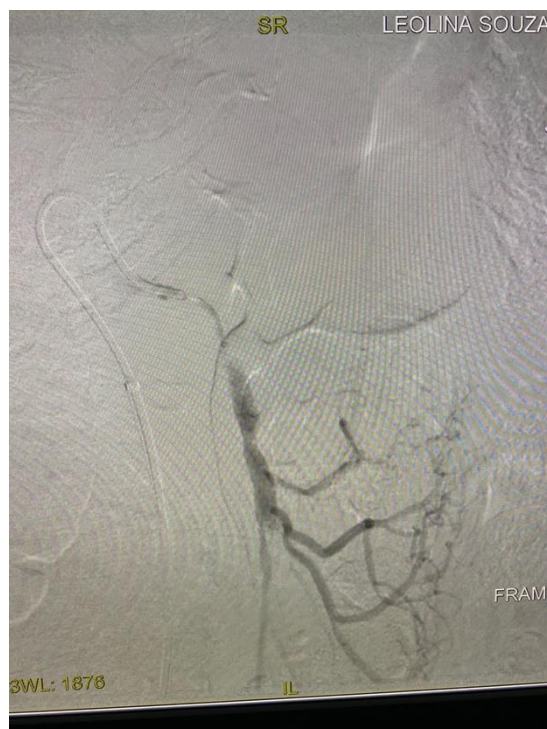
Arteriografia: aterosclerose aortica difusa, com visualização apenas do coro proximal da artéria mesteiriços superior.

Fonte: próprio autor

Arteriografia: aterosclerose aortica difusa, com visualização apenas do coro proximal da artéria mesteiriços superior.

Fonte: próprio autor

Referencias



1.BRANDT, L. J.; BOLEY, S. J. AGA technical review on intestinal ischemia. American Gastrointestinal Association. Gastroenterology, v. 118, p. 954-68, 2000.

2.BOLEY, S. J.; BRANDT, L. J.; VEITH, F. J. Ischemic disorders of the intestines. Curr Probl Surg, v. 35, p. 79186, 1998.

3.ACOSTA, S.; NILSSON, T. K.; BJÖRCK, M. D-dimer testing in patients with suspected acute thromboembolic occlusion of the superior mesenteric artery. Br J Surg, v. 91, p. 991-4, 2004.

4.SMITH, J. et al. A importância do diagnóstico rápido em eventos vasculares agudos. Journal of Emergency Medicine, v. 45, n. 3, p. 201-210, 2019.

5.JONES, A. et al. Eficácia da angioplastia emergencial em condições vasculares agudas. *Surgical Innovations*, v. 28, n. 1, p. 55-62, 2020.

6.LOPEZ, M. R. Avaliação rápida e precisa em pacientes com sintomas de abdome agudo. *Clinical Gastroenterology*, v. 36, n. 2, p. 134-140, 2018.

7.GARCIA, S. et al. Educação continuada em emergências vasculares e resultados dos pacientes. *Health Education Journal*, v. 79, n. 6, p. 657-666, 2021.

8.PEREZ, R. L. et al. Intervenções vasculares e prevenção de isquemia intestinal. *Annals of Vascular Surgery*, v. 56, n. 1, p. 254-260, 2022.

9.SILVA, A. P. et al. Melhorando os resultados dos pacientes através da educação em emergências vasculares. *Journal of Medical Education*, v. 98, n. 4, p. 300-308, 2023.

10.MARTINS, C. et al. Abordagem multidisciplinar para o tratamento de emergências vasculares. *Journal of Healthcare Collaboration*, v. 5, n. 2, p.

112-119, 2024.1