



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Alana Dupont Daronco

E-mail do autor principal alanaddupont@gmail.com

Nome Paula Cadore Winter

Nome Gilberto da Luz Barbosa

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título SÍFILIS CONGÊNITA: EXPERIÊNCIA DE PESQUISA REALIZADA EM SERVIÇO HOSPITALAR

Introdução A Liga Acadêmica de Infectologia é um projeto de extensão composto por estudantes e docente da Medicina, Odontologia, Enfermagem da Universidade de Passo Fundo dedicados ao estudo na área da infectologia a fim de aprimorar a formação acadêmica. Uma das atividades de destaque realizada pelos seus integrantes é a pesquisa, tendo sido já realizado trabalho sobre o padrão de uso de antibioticoprofilaxia intraparto na prevenção de sepse neonatal precoce por streptococcus do grupo B e estando em desenvolvimento um estudo sobre Sífilis Congênita. Essas atividades têm como objetivo proporcionar aos acadêmicos uma formação complementar, através do estudo ativo de temáticas relevantes, propiciando iniciação à atividade de pesquisa e enriquecimento do currículo.

Desenvolvimento Os integrantes da Liga de Infectologia têm a oportunidade de ingressar na realização dos trabalhos de pesquisa a medida que surgem ideias de projetos. Ligantes que entraram há mais tempo tem prioridade, sendo uma decisão orientada pelo professor coordenador do projeto. Assim, todos membros podem participar dessas atividades, sendo necessário envolvimento e comprometimento com a pesquisa que será desenvolvida. A temática sobre sífilis foi estudada pela liga em 2016, quando o professor sugeriu que uma atividade mais detalhada fosse realizada devido à elevada prevalência dessa patologia. Assim, o coordenador aventou a possibilidade da realização de uma pesquisa sobre Sífilis Congênita(SC), tendo o apoio dos acadêmicos.

A pesquisa sobre SC consiste em um estudo descritivo, transversal e de base quantitativa, que está sendo realizada no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), como protocolo aprovado pelo CEP/UPF a partir da notificação de casos pelo Núcleo de Vigilância (NVEH)

Epidemiológica Hospitalar e de entrevistas com gestantes com sífilis. Essa entrevista foi elaborada pelos acadêmicos, juntamente com o professor coordenador e a enfermeira do NVEH com os principais aspectos a serem observados nessas pacientes. Dessa forma, o trabalho tem como objetivo avaliar a situação da SC no serviço do HSVP, determinar parâmetros epidemiológicos relativos à ocorrência de SC e compreender quais os fatores e variáveis associados ao pré-natal que se relacionam com os casos de SC. A partir da elaboração do projeto e da aprovação pelo Comitê de Ética, teve início a coleta de dados no HSVP. Quando interna gestante com sífilis em trabalho de parto, confirmada por

presença VDRL reagente, inicia-se a coleta de dados. Com as informações do prontuário, bem como da Carteira da Gestante (CG), os dados necessários para a pesquisa são selecionados e, após, acontece a entrevista com a paciente. Com essa coleta de dados e posterior entrevista, surgiram algumas dificuldades. A falta de dados no prontuário, muitas vezes, foi suprida pelas informações coletadas na entrevista. Outras, entretanto, não. Deparamo-nos com CG sem quaisquer informações, mesmo com o pré-natal adequado. Foram constatadas, ainda, informações discordantes entre prontuário/CG e gestantes. A falta de um lugar apropriado para conversar com a gestante também está sendo uma adversidade. Atrémos a supressão da informação à presença de familiares e amigos da gestante que, muitas vezes, não sabem da condição prévia da paciente. Todo esse processo permitiu uma experiência nova não oportunizada pela grade curricular da faculdade. Lidar com sentimentos e expectativas para obter dados epidemiológicos não é tarefa fácil, mas possibilita experiência profissional e aprendizado prático. Acompanhar o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e congênita e a sua implicância social e familiar é um dos maiores desafios e experiências que esse projeto proporciona.

Conclusão A Liga Acadêmica de Infectologia possibilita, então, como seu maior diferencial, uma oportunidade de iniciação à pesquisa de forma qualificada. Esse incentivo propicia a formação complementar que carece o processo acadêmico. Participar de pesquisa requer envolvimento, exige comprometimento e ensina a desenvolver empatia, características fundamentais na formação de profissionais competentes.

Referências Bibliográficas FRANÇA, ISX et al., Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, maio-jun 2015; 16(3):374-81. LAFETÁ, K.R.G et al., Revista Brasileira de Epidemiologia, Jan-Mar 2016; 19(1): 63-74 - Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria número 204: fevereiro de 2016 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis: 2016 MURICY, CL; JÚNIOR, LP. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 48(2):216-219, Mar-Apr, 2015.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Ana Luiza da Silva Garcia

E-mail do autor principal analuzagarcia@icloud.com

Nome Júlia Mognon Mattiello

Nome Maria Paula Alves Correa

Nome Marina Pimentel Beber de Mattos

Nome Nathalia Regina Pavan

Nome Victor Antônio Kuiava

Nome Diógenes Luis Basegio

Dados do trabalho

Categoria Ginecologia e Obstetrícia

Título ABSCESSO PERIAREOLAR RECIDIVANTE: UM RELATO DE CASO

Introdução Abscesso periareolar recorrente é uma condição crônica passível de ocorrência em quaisquer mulheres em idade fértil, sendo mais comum entre os 30 e 40 anos. Trata-se de alterações inflamatórias expressas nos ductos terminais das mamas infectadas. O objetivo desse relato é apresentar o caso de uma paciente portadora da problemática em questão, tratada cirurgicamente a partir de ressecção em junção de quadrantes internos da mama esquerda.

Desenvolvimento Mulher, 37 anos, tabagista há 9 anos, menarca aos 12 anos e sexarca aos 18 anos. Nega uso de anticoncepção oral ou doenças crônicas concomitantes. Relata que há cerca de 10 meses convive com a presença de lesão ulcerada medial ao mamilo esquerdo, fistulizada, com secreção purulenta, amarelada, sem odor ou eritema e associada a dor local concomitante a aumento do volume mamário esquerdo. Narra passado mórbido semelhante em mama direita há seis anos, quando o episódio foi tratado e solucionado cirurgicamente. A mama esquerda, recidivante, foi acometida por circunstância semelhante há 14 anos, logo após gravidez, quando foi tratada por drenagem e antibioticoterapia. Foi impossibilitada de amamentar por conta do ocorrido. Ao exame físico, mamilos invertidos, presença de cicatriz horizontal medial ao mamilo direito e úlcera periareolar em mama esquerda, com região de hiperemia e ponto de drenagem purulenta. No ultrassom realizado, impressão do abscesso na região retroareolar da mama esquerda com orifício de drenagem na região periareolar medial. A paciente foi orientada sobre a necessidade da cessação do hábito tabagista, concomitante ao quadro apresentado na vasta maioria das vezes, e afirma em nova consulta estar diminuindo o número de cigarros diários (5-6 ao dia). Foi encaminhada para ressecção cirúrgica em junção de quadrantes internos da mama esquerda. **DISCUSSÃO:** A infecção dos ductos terminais da mama, que resulta em um transtorno inflamatório crônico – o abscesso periareolar – é causada com predomínio de microrganismos anaeróbios, normalmente pela própria microbiota da pele, como por exemplo o *Staphylococcus aureus*. Suas características clínicas retratam surgimento rápido de dor ao redor da aréola, acompanhado normalmente de sinais flogísticos como rubor, calor e edema. A formação de fístula periareolar é considerada a última etapa do desenvolvimento da doença, e ocorre quando o

conteúdo do abscesso drena espontaneamente por um orifício. A presença de mamilos invertidos pode ocorrer como causa ou consequência do processo: como causa, quando predispõe uma obstrução dos ductos terminais da mama e como consequência quando a inversão ocorre por conta do processo inflamatório. Existe uma forte correlação com o hábito tabagista, uma vez que sua apresentação é concomitante ao consumo de cigarros em mais de 95% dos casos, embora ainda não estejam explicitamente descritos os mecanismos prejudiciais da nicotina no processo em questão. A potencialização do processo inflamatório também é relacionada proporcionalmente à quantidade de cigarros ingeridos.

Conclusão Os abscessos peri ou subareolares retratam infecções dos ductos terminais mamários, sendo muitas vezes a primeira manifestação clínica das diferenciações ocorridas na histologia dessa região. A formação de cicatrizes em uma região tão íntima traz importantes desfechos estéticos e um impacto considerável no bem-estar das pacientes que sofrem com tal condição.

Referências Bibliográficas TREATMENT OF INVERTED NIPPLE WITH SUBAREOLAR ABSCESS: USEFULNESS OF HIGH-RESOLUTION MRI FOR PREOPERATIVE EVALUATION. [s.l.]: Hindawi Publishing Corporation, 29 maio 2012. Disponível em: . Acesso em: 21 ago. 2017 THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY: Periareolar abscess in the nonlactating breast. Philadelphia, Pennsylvania, Usa: Elsevier Inc., set. 1982. Disponível em: . Acesso em: 21 ago. 2017. TREATMENT OF INVERTED NIPPLE WITH SUBAREOLAR ABSCESS: USEFULNESS OF HIGH-RESOLUTION MRI FOR PREOPERATIVE EVALUATION. Kawasaki, Japan: Plast Surg Int., 11 jul. 2012. Disponível em: .



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Ana Thereza Perin

E-mail do autor principal anathperin@hotmail.com

Nome Victor Antonio Kuiava

Nome Thayani Mion

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título Relato de Caso: Dermatomiosite

Introdução A dermatomiosite (DM) consiste em uma doença inflamatória idiopática com características autoimunes e sistêmicas que acomete o revestimento cutâneo, o sistema muscular e, geralmente, outros órgãos [2]. Trata-se de um distúrbio raro, pois a cada ano há uma incidência de dois a sete novos casos por milhão de habitantes. As maiores taxas da doença ocorrem entre as idades de cinco a 14 e de 45 a 65 anos, sendo duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens [4]. Por ser sistêmica, em alguns casos existem complicações, sendo mais comuns as que estão relacionadas ao acometimento articular, doença esofágica, pulmonar, cardíaca e calcinose. O tratamento é dado com corticoides e imunossupressores [3]. Por ser uma doença pouco frequente e com o intuito de aumentar o conhecimento sobre o assunto, o presente relato visa à apresentação do caso de uma paciente do Hospital São Vicente de Paulo internada com sérios agravos da doença, comprometendo principalmente as funções pulmonar e esofágica.

Desenvolvimento RELATO DE CASO: O. J. C., 45 anos, feminino, branca, diagnosticada com dermatomiosite há dez meses, internou há 13 dias queixando-se de tosse seca e dispneia aos esforços, sintomas que começaram há um ano e pioraram nos últimos meses. Além disso, relatou disfagia, artralgia, fraqueza da musculatura proximal, mialgia, febre e lesões cutâneas principalmente nos locais onde havia incidência solar [anexos 2-3]. No decorrer da internação apresentou murmúrio vesicular diminuído e estertores crepitantes bilaterais, além de sérias crises de dispneia aos mínimos esforços. Exame laboratorial alterado: linfócitos - 16/mm³. Solicitou-se exame de tomografia computadorizada do tórax [anexo 1], eletroneuromiografia e biópsia do pulmão, tendo como resultados, respectivamente, a presença de áreas de vidro fosco mais proeminentes à direita, padrões compatíveis com a dermatomiosite e pneumonia intersticial inespecífica. **DISCUSSÃO:** A dermatomiosite pode ser classificada em seis categorias [3-4]. Devido aos sintomas e à exclusão das outras subcategorias, a paciente se enquadra no subgrupo da dermatomiosite primária idiopática (DMPI). A patologia é dada pela lesão dos capilares intramusculares por imunocomplexos, levando a isquemia localizada do músculo. Com isso, linfócitos T desencadeiam reações que terminam com a destruição das fibras musculares [3]. Seu diagnóstico é clínico e laboratorial, definido quando há a presença de quatro das cinco possíveis manifestações a seguir: (1) enfraquecimento muscular simétrico e proximal, havendo a possibilidade de disfagia e disfunções respiratórias; (2) alterações cutâneas; (3) aumento sérico das enzimas musculares;

(4) eletromiografia com unidades de potenciais motores polifásicos, de baixa amplitude e curta duração, fibrilações, ondas pontiagudas positivas e descargas espontâneas bizarras e de alta frequência; e (5) biópsia muscular com degeneração, regeneração, necrose, fagocitose ou infiltrado mononuclear intersticial. As manifestações mais comuns são a perda de força da musculatura proximal e as erupções cutâneas [4]. O caso em estudo está de acordo com pelo menos quatro fatores: enfraquecimento muscular proximal, com mialgia nos membros inferiores, disfagia e problemas respiratórios; alterações cutâneas (Pápulas e Sinal de Gottron, eritema violáceo nas áreas ósseas proeminentes com fotossensibilidade, fissuras nas palmas das mãos com hiperpigmentação, eritema periungueal e telangiectasias); eletromiografia compatível; e biópsia indicando infiltrado intersticial. Alterações pulmonares são relativamente frequentes (15 – 30%), levando a um mau prognóstico. Existem também complicações devido à fraqueza muscular, tendo a dispnéia como principal sintoma devido à hipoventilação. Segundo pesquisa, 31,3% das mortes por DM relacionavam-se com pneumopatias [1]. Disfagia ocorre em torno de 35% dos pacientes devido ao enfraquecimento da musculatura estriada da faringe ou do esôfago [3].

Conclusão Apesar da baixa frequência, a dermatomiosite é uma doença que deve ser tratada intensamente. O diagnóstico precoce, predominantemente clínico, e o correto tratamento são bastante importantes para que as complicações sistêmicas sejam evitadas ou amenizadas, gerando, assim, menos transtornos para o paciente.

Referências Bibliográficas 1. SOUZA, F. H. C. et al. Dermatomiosite em adulto: experiência de um centro terciário brasileiro. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 52, n. 6, p.897-902, dez. 2012. 2. SHINJO, S. K.; SOUZA, F. H. C.; MORAES, J. C. B. Dermatomiosite e polimiosite: da imunopatologia à imunoterapia (imunobiológicos). *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 53, n. 1, p.105-110, fev. 2013. 3. GIÁCOMO, C. G. et al. Atualização em dermatomiosite. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 5, n. 8, p.434-439, out. 2010. 4. ORTIGOSA, L. C. M.; REIS, V. M. S. Dermatomiosite. *Revista Anais Brasileiros de Dermatologia*, São Paulo, v. 83, n. 3, p.247-259, jul. 2008.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Ana Paula Pompeo Vartha

E-mail do autor principal paulinha_anah@hotmail.com

Nome Marcelo P. De Cesaro

Nome Moises Araújo

Nome Fernanda De Carli

Nome Gregori Manfroi

Nome Daniela Schwingel

Nome Paulo M. Mesquita Filho

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título SCHWANNOMA DE GOTEIRA OLFATÓRIA – UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Introdução Contabilizando cerca de 8% dos tumores intracranianos, os schwannomas são tumores benignos de crescimento lento¹⁻³, emergentes da bainha nervosa⁴ e localizados, na maioria dos casos, na porção vestibular do oitavo nervo craniano e, menos comumente, no quinto, nono, décimo e décimo segundo pares cranianos^{1,3}. Os schwannomas da goteira olfatória (SGO) são tumores raros da região anterior da base do crânio devido à inexistência de células de Schwann nos nervos óptico e olfatório. Quando originados na fossa anterior, ocorrem especialmente na goteira olfatória e sua origem permanece enigmática. Relatamos o caso de um schwannoma de goteira olfatória (SGO) juntamente com uma breve revisão bibliográfica de sua patogênese e origem, com o objetivo de evidenciar os diagnósticos diferenciais dessa enfermidade e de mostrar como ainda é necessário mais conhecimento sobre a origem desse tipo de tumor.

Desenvolvimento Paciente do sexo feminino, 32 anos, usuária de crack, foi levada à emergência após ter sido agredida fisicamente. Ela apresentava alteração do estado mental, em Escala de Coma de Glasgow – ECG – 13 e não apresentava nenhum déficit focal. A tomografia computadorizada (TC) de crânio evidenciou uma lesão extra-axial hiperdensa, com captação de contraste, na região sagital subfrontal, medindo 5,0 x 4,8 x 4,5 cm, que causou efeito de massa nos lobos frontais, deslocou a placa cribriforme para baixo e sobrescreveu para dentro da cavidade nasal. Esses achados não foram relacionados ao distúrbio psicológico da paciente. Foi realizada então, uma Ressonância Nuclear Magnética (RNM), que evidenciou em T1, com aumento do gadolínio, envolvimento da goteira olfatória e distribuição irregular de contraste dentro do tumor, em T2, a massa sólida sem invasão dos lobos frontais, e na sequência FLAIR demonstrou edema leve perilesional, apesar do volume tumoral (Fig1 a-e). A paciente foi, então, submetida à cirurgia, através de uma craniotomia bifrontal, ligadura do seio sagital superior anterior e abordagem inter-hemisférica. O tumor era fibroelástico, acastanhado e bem vascularizado, ligado à goteira olfatória. O bulbo olfatório não foi identificado durante a ressecção e o tumor foi completamente excisado, fato confirmado pela TC pós-operatória imediata (Fig. 1 f). O tecido ressecado exibiu todas as marcas histopatológicas

de Schwannoma: aspecto de duas fases, composto de áreas celulares (Antoni A) e hipo celulares (Antoni B) alternadas. Células com núcleos torcidos ou ondulados e bordas citoplasmáticas indistintas. Núcleos paliçados que formam linhas compactas, que cercam o citoplasma rosa (corpos de Verocay). Havia pleomorfismo e núcleos hiper cromáticos, mas as células mitóticas não eram evidentes (Fig. 2 A, B). A coloração da imunohistoquímica mostrou células tumorais positivas para a proteína S-100, mas negativa para EMA (antígeno membranar epitelial) (Fig. 2 C) O período pós-operatório foi sem intercorrências, apesar de um episódio de crise epiléptica parcial complexa e da anosmia pré-existente. Após um ano, a paciente permanece livre de doenças e não teve outros déficits neurológicos. Até esta data, somente 56 casos de SGO foram descritos na literatura⁵, cujos pacientes têm idade e clínica variadas. Já que os schwannomas são tumores originados das células de schwann e essas células não existem no nervo olfatório, as hipóteses existentes sobre a origem do SGO são controversas. O diagnóstico diferencial com outros tumores na fossa craniana anterior deve incluir CTOE (Célular Tumorais Olfatórias de Ensheathing), Meningioma de goiteira olfatória, astrocitoma de baixo grau, neuroblastoma olfatório e tumores metastáticos⁹. Sendo as CTOE dificilmente diferenciadas do SGO seja por imagens, seja por histopatologia e imunohistoquímica, porém ambos os tumores são curados após a ressecção completa.

Conclusão Os SGO ocorrem com menos frequência do que qualquer outro schwannoma dos nervos intracranianos. O diagnóstico diferencial entre SGO e CTOE é inatingível com as ferramentas de diagnóstico atuais, no entanto, as características histopatológicas do schwannoma na fossa craniana anterior após a ressecção completa mostraram ser curativas. São necessários mais estudos sobre a origem real desse tumor.

Referências Bibliográficas 1. Liu Y, Wei M, Yang K, et al. Globose, cystic olfactory ensheathing cell tumor: A case report and literature review. *Oncology Letters* 2016; 12:3981-3986 3. Micovic MV, Zivkovic BM, Zivanovic JD, et al. Ancient Olfactory Schwannoma - Case Report and Literature Review. *Turk Neurosurg* 2016; Published Online: 11.07.2016 4. Li YP, Jiang S, Zhou PZ, et al. Solitary olfactory schwannoma without olfactory dysfunction: a new case report and literature review. *Neurol Sci* 2012; 33:137-142 5. Figueiredo EG, Soga Y, Amorim RLO, et al. The Puzzling Olfactory Groove Schwannoma: A Systematic Review. *Skull Base* 2011; 21(1):31-35 9. Wewetzer K, V Enrique, Angelov DN, et al. Olfactory ensheathing glia and Schwann cells: two of a kind? *Cell Tissue Res* 2002;



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal ANA VICTÓRIA COLETTI REICHERT

E-mail do autor principal reichert.avc@gmail.com

Nome AMANDA JUSTI

Nome RODRIGO ALBERTON DA SILVA

Nome CRISTIANE BARELLI

Nome FABIANA BELTRAMI DA SILVA

Nome MARIANE LOCH SBEGHEN

Nome FABIANA DAL'CONTE BUZZATTO

Nome MARA LIDIA MENDES

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título COMUNICAÇÃO SENSÍVEL E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA ComSaúde

Introdução Ainda que o Brasil tenha um dos maiores sistemas de transplantes do mundo, persistem atrasos¹. O governo e a população são responsáveis, pela carência de iniciativas sobre o tema e o desconhecimento generalizado² sobre o processo de doação de órgãos(DO), evidenciado pela elevada recusa familiar. Nessa lógica, o profissional da saúde como educador pode modificar a opinião pública frente aos conceitos equivocados¹, e comunicar-se com sensibilidade com a família no momento do luto¹. É necessário mobilizar a população para a DO, pois essa prática ainda não está enraizada na nossa cultura. O Programa de Extensão ComSaúde/Projeto Comunicação Sensível busca fomentar a formação interprofissional, a partir de vivências e estudos, divulgando informações e potencializando a efetividade das DO no ambiente hospitalar. O objetivo desse relato é descrever as intervenções realizadas junto à população, bem como na formação acadêmica da área da saúde, sobre a temática da DO para transplante.

Desenvolvimento O projeto "Comunicação Sensível no Cuidado em Saúde" integra o programa de extensão ComSaúde, da Universidade de Passo Fundo, e subdivide-se em diversas temáticas, sendo umas delas a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (DOTT). Assim, através da humanização do cuidado e do desenvolvimento de ações, busca-se, além da atuação com profissionais da saúde, informar a população sobre o processo de doação, bem como conscientizar sobre a importância do ato de doar. Nesse sentido, foram realizadas oficinas, vivências, cursos e ações - as quais se dividem em dois públicos: a comunidade acadêmica e população em geral e a formação profissional da área da saúde. Realizamos uma Oficina na III Semana do Conhecimento, para sensibilizar estudantes da saúde, com roda de conversa, na qual participaram profissionais da área de DOTT que sanaram as dúvidas conforme o assunto foi abordado. Contou também com a participação de transplantados que compartilharam suas experiências de vida e elucidaram sobre a importância da doação em suas histórias. E visita guiada à uma exposição artística temática. Esta atividade cultural foi também levada à

comunidade juntamente com ação no parque da Gare, onde ocorreu a distribuição de material e troca de ideias com o público em geral para desfazer mitos sobre o processo de DOTT e conscientizar sobre a importância de avisar os familiares em vida sobre o desejo da doação. Na formação acadêmica, participamos no Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalar de DOTT, no qual o foco maior foi o treinamento para abordagem da família do doador com o propósito de utilizar a técnica mais adequada para transmitir más notícias. Também acompanhamos a rotina da Organização de Procura de Órgãos(OPO4) e da Central de Transplantes do RS para analisar e identificar possíveis falhas no processo da doação com intuito de melhorar a eficácia da equipe e abordar de forma mais efetiva as famílias dos doadores. Em 2016 obtivemos resultados satisfatórios com o projeto de extensão. Nas ações com a comunidade tanto acadêmica como geral, nas quais buscamos divulgar a causa e desmistificar o processo, fomos muito bem recebidos. Notamos interesse da população, pois é um assunto, que por mais que seja tratado na mídia com um apelo sensível, ainda é marcado pela ausência de esclarecimento sobre a morte encefálica e o processo de doação e transplante. As ações voltadas para a formação profissional e das equipes como um todo, nos mostraram o poder de uma comunicação sensível no contato com pacientes em situação grave e suas famílias. A relação médico-paciente nesses contextos adversos carece, muitas vezes, de escuta ativa e olhar atento – fato que interfere no desfecho entre doação efetiva ou negativa familiar. Ficou claro que a humanização da saúde é o tópico que nos guia nesse projeto, de forma que preparar as equipes que trabalham nesse ramo é essencial para cuidar das famílias e fornecer o apoio necessário no momento delicado e de luto.

Conclusão A falta de informação e sensibilidade ao abordar a DOT resultam no cenário atual: faltam órgãos! O Programa ComSaúde proporciona vivências e aprendizados que o ensino convencional não oferece. Assim, o contato com situações delicadas que urgem por atenção e a consequente humanização da saúde não só enriquecem o profissional como também trazem alternativas para melhorar a realidade sobre a DOTT.

Referências Bibliográficas 1. Morais TR, Morais MR. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. Saúde em Debate. 2012;36(95):633-639. doi:10.1590/S0103-11042012000400015. 2. Morais TR, Morais MR. A importância da educação na promoção da doação de órgãos. Rev Bras Promoç Saúde. 2012;25(3):251-252.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Andressa Gregianin Beckmann

E-mail do autor principal beckmann.andressa@gmail.com

Nome Amanda Cassol

Nome Êmily Vaz

Nome Gustavo Pileggi Castro

Nome Henrique Mezzomo Pasqual

Nome Luana Pretto Dias

Nome Maiara Christine Macagnan

Nome Rubens Rodriguez

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS EM PACIENTE FEMININO DE 10 ANOS

Introdução Os carcinomas de células renais (CCR), são um grupo heterogêneo de neoplasias e apresentam-se como tumores diagnosticados em média na sexta a oitava década de vida, sendo incomuns em idades menores que 40 anos e ainda mais raros em crianças. O subtipo mais prevalente dos CCR, que será abordado em nosso caso, é o Carcinoma Renal de Células Claras. Comumente, esta patologia possui uma deleção do cromossomo 3p, tendo aparecimento esporádico ou associados à doença de von Hippel-Lindau (VHL). Nas crianças, esse subtipo é considerado um carcinoma muito raro, havendo limitados estudos que abordem diagnóstico, tratamento ou resultados relacionados.

Desenvolvimento HISTÓRIA CLÍNICA: Feminino, 10 anos. Em abril de 2017, iniciou com quadro de hematúria macroscópica intermitente. Negou emagrecimento e hábito intestinal preservado. Em história pregressa, mãe relatou prematuridade (32 semanas) e rinite alérgica. Gemelar; internação prévia em UTI neonatal por 20 dias, sendo 5 dias em intubação. Vacinações em dia. História familiar de câncer de intestino (avó materna). Ao exame físico, paciente em bom estado geral, corada 3+/4+, hidratada, comunicativa, orientada, interagindo com o examinador, pesando 25kg. Temperatura 36.5°C, frequência cardíaca de 83 bpm, frequência respiratória de 22ipm, pressão arterial de 91/85mmHg, saturação de O₂ em 98%. Ausculta pulmonar, cardíaca, otoscopia e oroscopia sem alterações. Abdome plano, depressível, palpação sem megalias, ruídos hidroaéreos presentes. Tomografia computadorizada (TC) de abdome: lesão expansiva, comprometendo o terço médio e superior do aspecto anterior do rim direito, exibindo calcificação e realce pelo contraste de contornos lobulados em toda a espessura da cortical renal. TC de tórax e de crânio não apresentavam lesões. Exames laboratoriais: leucócitos 6300/mm³; Hb 12,6g/dL; plaquetas 258000/mm³; ferritina 21ng/mL; creatinina 0,63mg/dL; Na 142mmol/L; K 3,7mmol/L; Ca 4,4mg/dL; Cl 108mmol/L; Mg 2,2mg/dL; P 4,2mg/dL; DHL 379 ul; PCR 1,9mg/dL, EQU com hemoglobina presente, 10 hemácias por campo; urocultura negativa; alfa-fetoproteína 1,24ng/mL; beta-HCG negativo; sorologias negativas. Estabeleceu-se nefrectomia direita com linfadenectomia. A análise anatomopatológica da lesão

sugeriu carcinoma renal de células claras com padrão similar a carcinoma papilar de células claras, grau nuclear 3. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O carcinoma renal de células claras é uma enfermidade rara em se tratando de pacientes pediátricos, com prevalência de 5,9% dos tumores renais malignos em crianças. O indivíduo do relato de caso é de sexo feminino, apresentou idade diagnóstica de 10 anos e hematuria macroscópica, indo ao encontro de dados epidemiológicos em literatura para indivíduos pediátricos. No entanto, a sintomatologia da paciente diferiu da tríade clássica: dor abdominal, massa palpável e hematuria, apresentando-se com somente a última. No laudo anatomopatológico, a lesão apresentava 4x3 cm e padrão similar a carcinoma papilar de células claras, de grau nuclear 3. Não foi evidenciada invasão de ureter subjacente, nem metástase em suprarenal e linfonodo aderido à direita. No que tange ao diagnóstico histológico, o CCR pode ser dividido em 5 subtipos, com o carcinoma de células claras correspondendo entre 52,2 a 84,1 % dos casos em menores de 18 anos. Foi sugerida a investigação de deleção de VHL, pelo método de FISH, para esclarecimentos acerca da etiologia da doença descrita e do prognóstico, porém não se encontrou laboratório para realizá-lo no Brasil. Seguindo o tratamento, houve colocação de cateter port-a-cath para início de tratamento oncológico quimioterápico.

Conclusão Analisando a potencial letalidade da doença abordada e a pobre sintomatologia expressada pela paciente em questão, evidencia-se a importância da inclusão do carcinoma renal no diagnóstico diferencial para hematuria. Ressalta-se a importância de se promover mais estudos que abordem esse assunto tanto no que tange diagnóstico, como o tratamento e seus resultados.

Referências Bibliográficas COOK, A. et al. Pediatric renal cell carcinoma: single institution 25-year case series and initial experience with partial nephrectomy. *The Journal of Urology*, v. 175, n. 4, p. 1456-1460, Abril, 2006. CRISPEN, P. L, et al. Unclassified Renal Cell Carcinoma: Impact on Survival Following Nephrectomy. *Urology*, v. 76, n. 3, p. 580-586, Setembro, 2010. HO KIM, J. et al. Clinico histological characteristics of renal cell carcinoma in children: A multicentre study. *Canadian Urological Association Journal*, v. 9, n. 9-10, p. 705-708, Outubro, 2015.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Andressa Gregainin Beckmann

E-mail do autor principal beckmann.andressa@gmail.com

Nome Andressa van Riel

Nome Bárbara Luiza Inocêncio Battistel

Nome Maiara Christine Macagnan

Nome Pedro Moreno Fonseca

Nome Rubens Rodriguez

Nome Henrique Perosa Sacapin

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título RELATO DE EXPERIÊNCIA: DIA DA CRIANÇA NA ALA INFANTIL NO HSVP

Introdução A experiência da hospitalização para uma criança pode afetar, de maneira traumática, seu psicológico. O confronto contra a doença, somado às mudanças drásticas em seu cotidiano, que alteram seu convívio familiar, escolar e social, são aspectos que transformam o período de terapêutica hospitalar em uma experiência desagradável para a criança. Trabalhos apresentados desde a década de 90 demonstram a importância de atividades lúdicas com crianças hospitalizadas, principalmente as que possuem enfermidades crônicas, tais como as oncológicas, a fim de diminuir o medo e a angústia gerados pelas situações tanto para a criança quanto para a família. Para tanto, é preciso haver incentivo social, físico e psíquico. A partir dessas perspectivas, uma Liga Acadêmica de uma Universidade no interior do RS realiza desde 2013, na semana do dia das crianças, atividades lúdicas, entrega de presentes e conversas com as crianças internadas e seus familiares.

Desenvolvimento Objetivo: As atividades promovidas pela Liga objetivam diminuir o sofrimento e angústia das crianças que passam por essa mudança e estresse intensos, assim como promover apoio aos seus familiares. Relato de Experiência: Os integrantes da Liga Acadêmica de Patologia da UPF se reúnem anualmente para promover captação de brinquedos e recursos. A partir da captação, esses acadêmicos de vários cursos da área da saúde comparecem à ala hospitalar infantil, incluindo a oncológica e a CTI Pediátrica, de um hospital da região, para levar presentes aos internados e conforto aos familiares. Tal atividade teve por objetivo socializar com as crianças e familiares, a fim de que diminuísse a tensão e o medo, demonstrando que os profissionais da saúde como os médicos estão presentes para confortar, e não apenas promover diagnóstico e tratamento de enfermidades. Esse projeto ocorre desde o ano de 2013, juntamente com a fundação da liga, e apresenta repercussões positivas aos envolvidos. Resultado: A partir da experiência vivenciada, é notório o resultado satisfatório em relação ao propósito principal: prover uma diminuição da angústia no processo terapêutico hospitalar. A Liga atinge, então, de maneira eloquente, seu objetivo de extensão, estreitando a interação do meio acadêmico com a comunidade. Essa atividade é significativa, já que, pesquisas realizadas no Brasil

revelam que 9,1% de crianças de zero a cinco anos tem diagnóstico de doenças crônicas, assim como 9,7% dos escolares de seis a 13 anos e 11% dos adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população. A população infantil mais atingida com hospitalizações de longa duração e traumatizantes são aquelas com diagnóstico neoplásico, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a estimativa de câncer em crianças e adolescentes até 18 anos de idade é cerca de 9.890 casos por ano no período de 2008/2009. Sendo assim, é de suma importância intervenções recreativas que atinjam esse contingente de crianças.

Conclusão Devido aos bons resultados obtidos, a Liga almeja continuar realizando essas visitas todos os anos a fim de ofertar solidariedade aos internados. Indubitavelmente, os acadêmicos que vivenciaram essa experiência se tornarão profissionais mais empáticos, conferindo ao processo de cura uma perspectiva cada vez mais humanizada.

Referências Bibliográficas MOTTA, Alessandra B.; ENUMO, Sônia R. F. Brincas no Hospital: Estratégia de Enfrentamento da Hospitalização Infantil. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.
SILVA, Maria E. A.; MOURA, Flávia; ALBUQUERQUE, Tarciane M.; REICHERT, Altamira P. S.; COLLET, Neusa. Rede e apoio Social na Doença Crônica Infantil: compreendendo a Percepção da Criança. MILTRE, Rosa M. A.; GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Artigo apresentado em 7/10/2003.
OLIVEIRA, Beatriz R. G.; VIEIRA, Cláudia, S.; COLLET, Neusa; LIMA, Regina A. Causas de Hospitalização no SUS de Crianças de Zero a Quatro Anos no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.13, n.2, p.268-277, 2010.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Andressa van Riel

E-mail do autor principal andressa_vanriel@hotmail.com

Nome Amanda Kupske Gatelli

Nome Amanda Sandri

Nome Bárbara Luiza Inocêncio Battistel

Nome Henrique Perosa Scapin

Nome Maiara Christine Macagnan

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título Um olhar pedagógico sobre parasitoses: a inserção acadêmica na educação básica

Introdução No contexto de educação médica, no qual estamos inseridos, é fundamental a interação do meio acadêmico com a comunidade. Essa articulação apresenta-se como importante estratégia para efetiva integração entre teoria e prática, devendo, também, se colocar a serviço da reflexão da realidade, possibilitando ao aluno elaborar críticas e buscar soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados.¹ Nesse sentido, as ligas acadêmicas mostram-se como facilitadoras desse contato. A Liga Acadêmica de Patologia da Universidade de Passo Fundo, que tem como objetivos primordiais o ensino, a pesquisa, e a extensão, busca ativamente estreitar essa relação com a comunidade, principalmente no âmbito educacional. Com essa finalidade, em Outubro de 2016, a Liga promoveu uma aula sobre Parasitoses na Escola Estadual de Ensino Médio Antonino Xavier e Oliveira, cuja experiência será relatada nesse trabalho.

Desenvolvimento Relato de Experiência Em Outubro de 2016, a Liga Acadêmica de Patologia da Universidade de Passo Fundo promoveu uma aula sobre Parasitoses na Escola Estadual de Ensino Médio Antonino Xavier e Oliveira. A aula teve como público-alvo estudantes do sétimo ano do ensino fundamental, e foi ministrada por acadêmicos integrantes da Liga, sob supervisão do professor orientador Rubens Rodriguez. O conteúdo abrangeu prevenção, formas de transmissão, sintomatologia e tratamento das parasitoses mais frequentes em nosso meio, a saber: Ascaridíase, Teníase, Ancilostomose, Enterobiose, Estrongilíase e Angiostrongilíase. O tema foi abordado de forma clara, didática e dinâmica, para que todos os ouvintes pudessem compreender e assimilar a mensagem transmitida. Foram aplicados dois questionários: um antes da explanação e outro após, os quais foram comparados para avaliar o progresso em relação à aquisição de conhecimento e conscientização dos alunos. Resultados Comparando-se os questionários aplicados antes e após a explanação, pode-se inferir que parte dos conhecimentos apresentados foi compreendida pelos alunos, visto que a porcentagem de acertos no questionário aplicado após a explanação superou em aproximadamente 3% (55,8% – 58,7%) a porcentagem de acertos do questionário aplicado antes. Percebe-se também que as questões acerca de conhecimentos biológicos sobre as parasitoses foram as que tiveram menor

crescimento no número de acertos, enquanto que as questões sobre profilaxia das doenças foram as de maior ascensão na porcentagem de acertos. A exemplo, as questões que falavam sobre a importância de lavar as mãos antes das refeições (acréscimo de 15,4% de acertos), de comer carnes bem passadas para evitar teníase (acréscimo de 20,5%) e de tomar água filtrada ou fervida (acréscimo de 15,4%). Com isso, é possível concluir que apesar de não terem adquirido de forma plena os conhecimentos acerca das patologias e seus parasitas, eles compreenderam a parte mais importante, que diz respeito a como preveni-las.

Conclusão De fato, no processo de educação médica, a interação com a comunidade é de extrema importância, sendo construtiva para ambas as partes. Essa dimensão é ainda mais evidente quando se trata de uma interação entre estudantes de diferentes níveis educacionais. Assim, a experiência acima descrita tem notória relevância acerca das variadas possibilidades de aquisição de conhecimento médico-acadêmico.

Referências Bibliográficas 1. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Andreza Maldaner

E-mail do autor principal andrezamaldaner@msn.com

Nome Amanda Kupske Gatelli

Nome Fernanda Tisott Burtet

Nome Gabriel Juan Kettenhuber Costa

Nome Gabriela Spessatto

Nome Maiara Cristine Macagnan

Nome Rubens Rodriguez

Nome Andreza Maldaner

Dados do trabalho

Categoria Pediatria

Título TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL ASSOCIADO À PARAGANGLIOMA EMPACIENTE PEDIÁTRICO.

Introdução Tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são tumores raros, de origem provável nas células intersticiais de Cajal, ocorrem, principalmente, no estômago e apresentam uma mutação no gene KIT [1]. Já, o Paraganglioma é um tumor neuroendócrino raro, maligno ou benigno, originado das células cromafinas localizadas nos gânglios simpáticos extra-adrenais, de prevalência de 2-8/1.000.000 pessoas por ano [2]. Ambos os tumores são extremamente incomuns na infância. Os GISTs têm prognóstico de sobrevivência em 5 anos em torno de 5-20% quando tumores grandes [1], enquanto os paragangliomas malignos têm a sobrevivência em 5 anos em torno dos 50% [3]. A divulgação para o meio médico de um caso raro de GIST com paraganglioma é essencial, dado a sua raridade, ao conhecimento limitado sobre tais doenças e à necessidade de consolidar referências médicas sobre esses assuntos.

Desenvolvimento O trabalho foi obtido através da análise de exames anatomopatológicos, imuno-histoquímicos, revisão de literatura e prontuário, com autorização prévia do paciente e responsável. O laudo patológico da peça cirúrgica retirada do paciente foi positivo para tumorestromal gastrointestinal do tipo epitelióide (GIST), com índice proliferativo de 15%. Sabe-se que esse tipo de neoplasia é rara em crianças e quando atinge essa faixa etária costuma estar incluído em síndromes familiares, como a tríade de Carney e a síndrome de Carney-Stratakis. O estudo imunohistoquímico do paciente demonstrou positividade para os anticorpos C-Kit, DOG1, CD34 e Ki-67, não havendo positividade com os anticorpos S100 e Actina. Atualmente, a expressão do KIT permite identificar o grupo de tumores dos GISTs, visto que as demais neoplasias de músculo liso carecem de mutações neste gene. O tipo epitelióide compreende cerca de 20% dos casos da neoplasia e em mais de 90% dos casos, há mutações no gene KIT [1]. A endoscopia prévia ao procedimento cirúrgico de gastrectomia, com múltiplas formações nodulares submucosas, ulceração e sangramento recente de uma das lesões, demonstram características de alta propensão à metástases, justificando a recorrência das lesões no paciente. Nestes casos localmente avançados, sugere-se terapia neoadjuvante com Imatinib, por 6 a

12 meses, para redução do tamanho do tumor e favorecimento da ressecção cirúrgica [1].

O paciente em questão compõe uma faixa etária incomum de acometimento pelo GIST, levantando a suspeita de possível síndrome familiar. Dentre elas, a tríade de Carney que atinge mulheres jovens, com GIST, paraganglioma e condromas pulmonares ou a síndrome de Carney-Stratakis que acomete homens jovens e mulheres e consiste em paragangliomas multicêntricos e GIST multifocais. Após remoção do GIST, evidenciou-se o tumor paraganglioma na tomografia computadorizada (TC) da região torácica. Os tumores de cabeça e pescoço correspondem a maioria dos paragangliomas encontrados (cerca de 70%), por outro lado, a localização torácica é mais rara (10%). Até agora, existem apenas 150 casos de paragangliomas de mediastino relatados na literatura, e dois terços desses tumores localizam-se no mediastino anterior ou médio. Além disso, eles são mais frequentes na 6ª. década de vida e não são comuns na infância, como é o caso do paciente [2]. Cerca de 75% dos paragangliomas são esporádicos e os 25% restantes são hereditários. Os de origem hereditária têm maior probabilidade de serem múltiplos e de desenvolver em uma idade mais precoce. Assim, a faixa etária do paciente colabora mais para a suspeita de uma síndrome familiar [2]. Para auxiliar no diagnóstico de origem hereditária, podemos encontrar mutações dos genes para a succinato desidrogenase, SDHD (anteriormente conhecida como PGL1), SDHA, SDHC (anteriormente PGL3) e SDHB. Além desses, outros genes relacionados ao paraganglioma familiar são SDHAF2, VHL, NF1, TMEM127 e MAX [3].

Conclusão Relatar esse caso para a comunidade científica se justifica devido à faixa etária do paciente e à localização incomum do GIST e do Paraganglioma, uma vez que ambos os aspectos são incompatíveis com a atuação regular dos dois tumores. Além disso, suspeita-se de síndrome familiar para apoiar o achado raro de ambos os tumores no paciente.

Referências Bibliográficas 1. MIETTINEN, M.; LASOTA, J. Gastrointestinal stromal tumors--definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch.* 2001 Jan;438(1):1-12 2. MUÑOZ-LARGACHA, J. A.; et al. Incidental posterior mediastinal paraganglioma: The safe approach to management, case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 35: 25–28. 3. LI, P.; ZHAO, D. A rare case of retroperitoneal paraganglioma - case report and literature review. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2016; 1: 58.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Bianca Lopes Barbarioli

E-mail do autor principal biancablb@uol.com.br

Nome Andressa van Riel

Nome Luiza Rech Köhler

Nome Maiara Christine Macagnan

Nome Marina Aimi Soligo

Nome Pedro Hall Ruschel

Nome Fernando Giacomini

Nome Cassiano Mateus Forcelini

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título POTENCIAL EVOCADO VISUAL EM ESCLEROSE MÚLTIPLA: UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA LOCAL

Introdução Esclerose múltipla (EM) é uma doença desmielinizante inflamatória crônica do sistema nervoso Central (COMPSTON & COLES, 2008), cujos sintomas incluem deficiência visual causada pela desmielinização do nervo óptico que evolui lenta ou rapidamente e, às vezes, é o primeiro e único comprometimento da doença. O potencial evocado visual (PEV), que mede a velocidade de condução através do nervo (KALE, 2016), é um marcador altamente sensível, porém, cerca de 30% dos pacientes não manifesta nenhuma alteração. Além disso, os recentes critérios diagnósticos retiraram este exame argumentando que outros testes complementares são mais sensíveis como a ressonância magnética (RM) do cérebro e da medula espinhal (POLMAN et al., 2011). Este trabalho teve como objetivo identificar a positividade do PEV em pacientes com EM sem queixas visuais comparando com pacientes com queixas visuais.

Desenvolvimento Estudo observacional do tipo transversal, sendo analisado o banco de dados do hospital do interior do RS em busca de pacientes com diagnóstico de Esclerose Múltipla que tenham realizado o exame do Potencial Evocado Visual tanto internados quanto ambulatorialmente. Baseando-se nos prontuários, procurou-se a informação sobre se os pacientes possuíam ou não queixas visuais, bem como se registraram características demográficas. Estas são apresentadas na tabela 1. Comparação da frequência de PEV anormal entre pacientes de esclerose múltipla com ou sem deficiência visual (sintomas) é descrita na tabela 2. Apesar de 64,4% terem deficiência visual, não houve diferença na proporção de PEV normal/anormal. Por outro lado, a ausência de sintomas não foi preditora de um PEV normal, desde 7 de 16 pacientes exibiram PEV anormal. Consideramos que este achado reforça as diretrizes dos últimos critérios diagnósticos de EM, nos quais o PEV foi retirado da lista de exames complementares que auxiliam na definição das doenças. Não obstante, um interessante resultado surgiu a partir dos dados deste estudo: a maioria dos pacientes que se submeteram ao PEV eram do sexo masculino, o que destoa da epidemiologia da doença, mais comum em mulheres. A literatura acerca do tema traz informações

sobre diferenças de expressão clínica entre homens e mulheres, até apontando para um prognóstico pior em homens. Porém, não há dados que indiquem que o sexo masculino tenha a via visual mais acometida que mulheres.

Conclusão Os resultados reforçam a exclusão do PEV nos critérios diagnósticos de EM. Porém, o achado de maior proporção de homens com EM realizando o exame de PEV sugere que, talvez, eles tenham mais acometimento visual que as mulheres. Assim, este trabalho gerou uma pergunta de pesquisa que poderá ser respondida em estudo subsequente de base clínica e neurofisiológica, com maior tamanho de amostra.

Referências Bibliográficas COMPSTON, A.; COLES, A. Multiple sclerosis. *Lancet*, v. 372, n. 9648, p. 1502–17, 25 out. 2008. KALE, N. Optic neuritis as an early sign of multiple sclerosis. *Department of Neurology, Istanbul, Turkey*, v. 8, p. 195-202, 26 out. 2016. POLMAN, C.H.; REINGOLD, S.C.; BANWELL, B.; et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol*, v. 69, no. 2, p. 292-302, fev. 2011.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Brenda Gobetti

E-mail do autor principal brenda-gobetti@hotmail.com

Nome Tiago Azambuja

Nome Luisa Antunes Pedrazani

Nome Karen Oppermann Lisboa

Dados do trabalho

Categoria Ginecologia e Obstetrícia

Título Modificações antropométricas em pacientes com Síndrome dos Ovários Policísticos em 12 meses

Introdução O tratamento de pacientes com PCOS frequentemente envolve medidas comportamentais e medicamentosas para diminuição do peso corporal. Nessas pacientes, a aderência às modificações comportamentais é baixa assim como a manutenção de medicamentos auxiliares no tratamento da obesidade. Verificou-se o efeito de recomendações dietéticas e exercícios físicos, e de medicamentos auxiliares no tratamento da obesidade sobre o peso e cintura abdominal (CA), ao longo de 12 meses, numa amostra de pacientes com PCOS atendidas em ambulatório universitário.

Desenvolvimento Estudo longitudinal, coorte histórica. Amostra: 78 pacientes foram atendidas no ambulatório de Ginecologia Endócrina e Menopausa do Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, entre 2001 a 2015 e foram diagnosticadas PCOS. Destas, 30 foram avaliadas aos 6 e 12 meses. Para todas foram dadas recomendações sobre dieta com redução de carboidratos e atividade física aeróbica 120 minutos/semana. A prescrição de medicamentos auxiliares na perda de peso como topiramato ou sibutramina foram feitas conforme o IMC e a aceitação por parte da paciente. Outras medicações foram utilizadas conforme a necessidade de cada paciente: pílula combinada, metformina, antiandrogênio. O peso corporal (kg) foi avaliado na mesma balança e com a paciente descalça e sem casaco. A altura foi medida com estadiômetro e a CA (cm) no ponto médio entre a última costela e a espinha ilíaca. A análise estatística foi realizada com teste de t para variáveis pareadas. Conforme a tabela 1, a média da idade foi $27,3 \pm 8,8$ anos, do peso corporal $90,5 \pm 4,76$, do IMC $36,8 \pm 1,69 \text{ kg/m}^2$, e da CA foi $106,16 \pm 6,09$. Aos 6 meses de seguimento, as pacientes foram reavaliadas e apenas 3 delas tinham recebido topiramato 50 mg, nesse período. O peso corporal diminuiu $4,15$ ($p=0,008$), o IMC, $1,42 \text{ kg/m}^2$ ($p=0,011$), a cintura $3,9 \text{ cm}$ ($p=0,027$). A tabela 2, mostra que aos 12 meses de seguimento 11 pacientes receberam medicamentos para obesidade: 4 pacientes usaram sibutramina 15mg e 7 pacientes, topiramato 50mg. Nesse período de 12 meses, o peso corporal diminuiu $1,10 \text{ kg}$ ($p=0,251$), o IMC $0,17$ ($p=0,742$), e a cintura $2,42 \text{ cm}$ ($p=0,047$).

Conclusão As recomendações de dieta e atividade física e o impacto do tratamento inicial em pacientes com PCOS mostrou-se tanto ou mais efeito sobre o peso corporal e cintura abdominal do que a continuidade no seguimento e a introdução de medicamentos anti-obesidade.

Referências Bibliográficas 1. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, authors. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2004;81:19–25. APROVAÇÃO CEP 238/2008, CAAE 2994.0.000.398-08.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Brenda Gobetti

E-mail do autor principal brenda-gobetti@hotmail.com

Nome Andreza Maldaner

Nome Caio Gabriel Garcia

Nome Tamaris Fior

Nome Luiza Maidana Marques

Nome Lucas Grumann Bernardon

Nome Luciana Fernandes Surian Stobbe

Nome Pérsio Ramon Stobbe

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título Neoplasia maligna secretora de catecolamina: um relato de feocromocitoma com malignidade

Introdução O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino originário das células cromafins do eixo simpático adrenomedular e secreta as catecolaminas noraepinefrina e epinefrina. É uma doença rara, com prevalência estimada entre 0,1 e 0,2% da população de indivíduos hipertensos; dessa porcentagem, tumores malignos representam cerca de 10%. A neoplasia tem um prognóstico variável entre formas indolentes e rapidamente progressivas; contudo, a taxa de sobrevivência em cinco anos é inferior a 50%. Portanto, o diagnóstico de feocromocitoma deve ser considerado na investigação de casos de hipertensão, visto o risco de letalidade e malignidade, o potencial de cura com tratamento cirúrgico, bem como a possibilidade de ser familiar e estar associado a outras doenças.

Desenvolvimento Paciente A.L.M., 65 anos, feminina, admitida na emergência por dor torácica, com queixas de tontura, palpitação e fadiga de longa data. Apresenta HAS resistente ao tratamento há 35 anos e DM2, diagnosticada há 1 ano, mal controlada (HbA1c: 9,2). PA:180/100 mmHg. Na internação, TC com massa na adrenal esquerda. Solicitaram-se dosagens séricas de metanefrinas e normetanefrinas, com resultados respectivos de 649 (ref até 400) e 314 (ref até 800), confirmando, portanto, o diagnóstico de feocromocitoma. Tratamento cirúrgico com adrenalectomia laparoscópica de segmento mediano 10,5x9x5cm que apresentava nódulo com áreas acastanhadas e friáveis medindo 7x6x4,5cm. Análise citopatológica mostra feocromocitoma com áreas de necrose tumoral, mitoses, invasão vascular, capsular e do tecido adiposo periadrenal, evidenciando, portanto, o caráter maligno da doença. Cintilografia sem anormalidades, CEA: 1,9 e CA 19,9: 29. Após 1 mês, retorna com metanefrinas urinárias de 23,9 mcg/24hrs (ref até 400), melhora do controle glicêmico (HbA1c: 6,4), PA 90/70 e ausência de palpitação, sudorese e cefaleia. Acompanhamento na oncologia durante 5 anos. Sabe-se que a tríade clássica do feocromocitoma, que consiste em episódios de cefaleia intensa (presentes em 80%), palpitações (64%) e sudorese (57%), tem alta sensibilidade e especificidade no diagnóstico em pacientes hipertensos, embora nem sempre esteja presente. Tornar de conhecimento médico e acadêmico esse caso raro de feocromocitoma maligno e suas repercussões cardiovasculares, portanto, é imprescindível para

auxiliar na investigação desse diagnóstico diferencial de HAS. Na predição de malignidade, alguns marcadores histológicos, imuno-histoquímicos e moleculares, como a mutação SDHB, podem ser úteis, apesar da distinção com tumores benignos ser difícil com base nos exames clínicos e bioquímicos. A pesquisa de metástases, sendo os locais mais comuns o esqueleto, os pulmões, o fígado e os linfonodos, é de muita importância, uma vez que a presença de um foco metastático em tecido normalmente desprovido de células cromafins é considerada prova irrefutável de malignidade. O tratamento de escolha para feocromocitoma é a ressecção cirúrgica completa. No momento, não existe uma terapia universalmente efetiva para os tumores malignos de células cromafins, sendo a maioria paliativa devido à presença frequente de metástases à distância, sobretudo no esqueleto (70%). No caso relatado, porém, a cirurgia foi curativa e o seguimento mostrou melhora clínica e laboratorial, com pesquisas de metástases à distância negativas e alta do Serviço de Oncologia após 5 anos. Importante salientar a relevância da abordagem multidisciplinar individualizada para controlar tanto sintomas dependentes de catecolaminas, a hipertensão arterial e a resistência insulínica, quanto possíveis efeitos de massa e sobrecarga tumoral global.

Conclusão Embora raro, deve-se considerar o feocromocitoma tanto na hipertensão arterial refratária quanto nos incidentalomas adrenais, para o diagnóstico possibilitar a devida conduta com tratamento cirúrgico e análise citopatológica. Impedindo a progressão da doença, portanto, evitam-se efeitos sistêmicos e cardiotóxicos das catecolaminas e possibilita-se maior chance de cura da malignidade.

Referências Bibliográficas Pheochromocytoma and paraganglioma - Kantorovich V, Pacak K. Prog Brain Res 2010. Paraganglioma and pheochromocytoma: Management of malignant disease - Sally E Carty, William F Young, Aymen Elfiky, 2017. Endocrinologia Clínica – Lucio Vilar, 5ª edição, Medsi, 2016. Tratado de Endocrinologia – Williams, 11ª edição, Elsevier, 2010.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Bruna Schmitt Puhl

E-mail do autor principal brunaspuhl@hotmail.com

Nome Fernanda Marcante Carlotto

Nome Fernanda Tisott Burtet

Nome Jorge Roberto Marcante Carlotto

Nome Lucas Duda Schmitz

Nome Juarez Antonio Dal Vesco

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título SÍNDROME DE VONHIPPEL LINDAU: UM RELATO DE CASO

Introdução A Síndrome de VonHippel Lindau (SVL) é uma patologia de herança autossômica dominante com 100% de penetrância[1], rara, que acomete cerca de 1/36000 nascidos vivos, a qual predispõe o indivíduo a certos tipos de tumores, como hemangioblastomas do SNC, hemangioblastomas retinianos, carcinomas de células renais, feocromocitoma, cistoadenomas serosos ou tumores neuroendócrinos do pâncreas[4].

Desenvolvimento Mulher, 32 anos, história de dor em faixa em abdome superior e náuseas há 5 anos. Refere múltiplos episódios de internações prévias por pancreatite aguda sem etiologia definida. Nega outras comorbidades. Paciente sem histórico familiar (adoção aos 3 meses de idade). Ultrassonografia abdominal prévia com alteração focal de 1,6 cm em corpo pancreático. Realizou Ressonância Nuclear Magnética com detecção de múltiplos cistos serosos pancreáticos, medindo entre 2,3 e 3 cm, cisto com conteúdo hemorrágico em rim direito e hemangioblastoma medular em T8, sugerindo doença de VonHippel Lindau. Realizada nova RNM com colangiopancreatossesão, a qual mostrou parênquima pancreático substituído por cistos, com ducto proeminente e tortuoso, mas sem comunicação, lesão heterogênea em rim direito medindo 1,2 cm, e lesão em T8 com 2 cm sugestiva de hemangioblastoma medular. Teste genético compatível com o diagnóstico da síndrome. Paciente mantém seguimento ambulatorial com cirurgião pancreático, urologista e neurocirurgião para tratamento específico. A SVL é uma doença rara que costuma ter suas primeiras manifestações clínicas em torno dos 26 anos, podendo apresentar-se também na infância ou adolescência. O diagnóstico pode ser feito clinicamente a partir dos critérios propostos por Melmon and Rosen em 1964: para pacientes com história familiar de hemangioblastoma da retina ou do SNC, um hemangioblastoma ou lesão visceral (tumor renal, cisto ou tumor pancreático, feocromocitoma, cistoadenoma papilífero no epidídimo) é suficiente para diagnosticar doença de VHL, já nos casos isolados, é preciso dois ou mais hemangioblastomas ou um hemangioblastoma e uma manifestação visceral para o diagnóstico[3]. Entretanto, poucos pacientes apresentam todas as manifestações da doença (mais de 50% possuem apenas uma)[3]. Em

vista disso, atualmente testes genéticos que identificam mutação na linha germinal no gene VHL são mais utilizados para a identificação da patologia.

Conclusão Pacientes com a SVL apresentam uma expectativa de vida média de 49 anos¹, sendo as principais causas de morte o carcinoma renal e os tumores de sistema nervoso central³. Por conseguinte, devido à alta morbimortalidade da doença, torna-se de suma importância o diagnóstico precoce, rastreamento familiar e a vigilância do indivíduo para detecção de lesões em estágio precoce e monitoramento de pequena

Referências Bibliográficas 1. Karsdorp N, Elderson A, Wittebol-Post D, Hene RJ, Vos J, Feldberg MA, et al. Von Hippel-Lindau disease: new strategies in early detection and treatment. *Am J Med* 1994;97(2): 158-68. 2. Maher ER, Yates JRW, Harries R, e col. Clinical features and natural history of von Hippel-Lindau disease. *Q J Med* 1990;77:1151-63. 3. Choyke PL, Glenn GM, Walther MM, Patronas NJ, Linehan WM, Zbar B. Von-Hippel-Lindau disease: genetic, clinical, and imaging features. *Radiology* 1995;194(3):629-42. 4. Schmid S, Gillissen S, Binet I, Brandle M, Engeler D, Greiner J, Hader C, Heinemann K, Kloos P, Krek Wet al. Management of von hippel-lindau disease: an interdisciplinary review. *Oncology Research and Treatment* 2014 37 761–771



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Bruna Bonamigo Thomé

E-mail do autor principal brunabthome@gmail.com

Nome Gabriel Augusto Tonin

Nome Igor Alexander Paz Augustin

Nome Michelle Zanon Bock

Nome Nathalia Regina Pavan

Nome José Basileu Caon Reolão

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título Anormalidade de Condução Cardíaca de Natureza Congênita Rara

Introdução Bloqueio Atrioventricular (BAV) é uma anormalidade no sistema de condução cardíaco, que consiste em um atraso ou interrupção, intermitente ou permanente, da transmissão dos impulsos elétricos atriais para os ventrículos associado a bradicardia¹. Comumente, é classificado em BAV 1o, 2o e 3o grau. O BAV de 3o grau ou BAV total (BAVT) é determinado quando nenhum impulso atrial é conduzido para os ventrículos, ocorrendo dissociação AV total². O BAVT normalmente é adquirido, no entanto, pode ser congênito, representando uma patologia rara, com incidência aproximada de 1/22.000 nascidos vivos¹. O bloqueio cardíaco completo congênito pode ocorrer pela presença de anticorpos autoimunes, por anormalidades estruturais cardíacas devido a doenças congênitas do coração ou classificado como etiologia idiopática, que não há presença de mediadores autoimunes e a morfologia cardíaca é normal.

Desenvolvimento M.G.R., 17 a, masculino, previamente hígido, atleta, procura atendimento por quadro gripal iniciado há 3 dias. Nega febre, síncope, palpitações ou dispneia. Foi realizado ECG evidenciando alterações compatíveis com BAVT e ritmo juncional acelerado, sendo encaminhado para o Hospital São Vicente de Paulo. Em investigação etiológica, foi solicitado: Ecocardiograma, revelando função sistólica dentro da normalidade, mas com função diastólica não avaliada por arritmia durante exame, com períodos de dissociação AV e ritmo juncional; RX de Tórax, demonstrando aumento de VD e AD; Teste Ergométrico, considerado sub-máximo, paciente percorreu 1180 metros, sem sintomas ou alterações eletrocardiográficas e hemodinâmicas, sem arritmias desencadeadas por esforço, boa aptidão cardiorespiratória (NYHA Classe I); Holter 24h, demonstrando arritmia ventricular ectópica rara, BAVT permanente e BRD incompleto; RM Cardíaca sem alterações; Laboratoriais, incluindo CPK, normais, Sorologia para Chagas, FAN, FR, Anti DNA, Anti RO, Anti LA, não reagentes. A partir disso, foi excluída causas imunes e estruturais para o BAVT, concluindo diagnóstico de BAV Total Congênito (BAVTC) de etiologia idiopática. Optou-se por conduta expectante, sem implantação de marca passo no momento, com acompanhamento semestral no ambulatório de cardiologia. O quadro clínico do BAVTC varia conforme idade, etiologia, frequência ventricular de escape e função ventricular, podendo ser assintomático, como no caso elucidado, ou apresentar-se por FC menor que a normalidade,

acompanhada ou não de sintomas de bradicardia, como intolerância ao exercício, pré síncope, síncope (Síndrome de Stokes-Adams) ou morte súbita³. O diagnóstico é concluído através do ECG, preferencialmente com 12 derivações, tornando necessária investigação etiológica por meio de exames laboratoriais, de imagem e testes funcionais, visto que a etiologia altera a conduta e o prognóstico. A conduta terapêutica a ser considerada será a implantação do marca passo permanente, indicado em pacientes com sintomas de bradicardia ou de baixo débito cardíaco; ritmo de escape com QRS alargado, complexo ventricular ectópico ou disfunção ventricular; bebês com anatomia normal e com FC ventricular <55 bpm; bebês com cardiopatia congênita estrutural e com FC <70 bpm; e crianças >1 ano com FC média <50 bpm ou com pausas abruptas maiores que 2-3 vezes a duração do intervalo R-R no ECG⁴. O prognóstico varia conforme a idade do diagnóstico, a etiologia e sintomas. Geralmente bebês e pacientes que recebem o diagnóstico ao final da infância, e aqueles que necessitam de MP tem um prognóstico excelente, enquanto aqueles com FC <50 bpm e com ritmo de escape juncional instável possuem um prognóstico reservado³. No entanto, mesmo os assintomáticos, possuem risco maior de desenvolver intolerância ao exercício, insuficiência cardíaca, devido mecanismos compensatórios que geram hipertrofia ventricular para aumentar o débito cardíaco, e inclusive morte súbita.

Conclusão Embora a maioria dos casos de BAVTC são diagnosticados na infância recebendo tratamento, há raros casos diagnosticados tardiamente³. Somente com o diagnóstico se pode adotar a conduta correta, prevenindo progressão para IC e morte súbita. Então é de extrema importância que jovens com bradicardia, com intolerância ao exercício, pré síncope ou síncope considere-se o BAVTC como possível diagnóstico.

Referências Bibliográficas 1.EUGENE, Braunwald; ZIPES, Douglas P.; LIBBY, Peter. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 10. ed.Philadelphia: Saunders, 2010. 2.Michaëlsson M, Engle MA. Congenital complete heart block: an international study of the natural history. Cardiovasc Clin 1972; 4:85. 3.Jaeggi ET, Hamilton RM, Silverman ED, et al. Outcome of children with fetal, neonatal or childhood diagnosis of isolated congenital atrioventricular block. A single institution's experience of 30 years. J Am Coll Cardiol 2002; 39:130. 4.Karpawich PP, Gillette PC, Garson A Jr, et al. Congenital complete atrioventricular block: clinical and electrophysiologic predictors of need for pacemaker insertion. Am J Cardiol 1981; 48:1098.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Carolina Scortegagna De Conti

E-mail do autor principal carolconti@gmail.com

Nome Pérsio Ramon Stobbe

Nome Caio Gabriel Garcia

Nome Gabriela Koehler

Nome Corine Amaro Menta

Nome Guilherme Monteiro

Nome Tamaris Fior

Nome Alexandre Fagundes

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título RABDOMIÓLISE POR HIPERNATREMIA EM PACIENTE COM DIABETES INSIPIDUS PÓS RESSSECÇÃO DE CRANIOFARINGIOMA

Introdução Craniofaringiomas são tumores primários da região selar de natureza histológica quase invariavelmente benigna. São neoplasias pouco frequentes, com incidência anual de 0,5 a 2 casos por milhão¹. Cursam com crescimento por expansão causando efeito de massa local que gera hipertensão intracraniana decorrente de hidrocefalia por obstrução ao fluxo liquorico. Disfunção hipotalâmica-hipofisária é relatada em 52% a 95% dos pacientes e diabetes insipidus ocorre em 17% destes já no pré-operatório. ¹ A hipernatremia pode surgir a partir de um quadro de diabetes insipidus e suas manifestações clínicas incluem desidratação, fraqueza muscular, distúrbios comportamentais, delírio, letargia e coma. A rabdomiólise é uma ocorrência rara em estados de hiperosmolaridade e pode progredir com insuficiência renal aguda e mioglobinúria. ² A fraqueza muscular e a dor são sintomas marcados e o diagnóstico é confirmado através da elevação da creatinoquinase total (CK).

Desenvolvimento R.R.A, masculino, 22 anos. Histórico de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) há 6 anos e craniofaringioma ressecado há 11 meses. Evoluiu com pan-hipopituitarismo, diabetes insipidus central, além de trombose venosa profunda. Chega à emergência com queixa de otalgia à esquerda, febre, queda do estado geral, cefaleia holocraniana, sonolência e períodos de desorientação nos últimos dias. Ao exame apresenta-se afebril, desidratado (+++/4), bradilálico e desorientado. Apresenta opacidade da membrana timpânica esquerda, discreta hiperemia, ausência de lesões ou presença de secreção no meato. Nega dor à mobilização do pavilhão auricular. Paciente em uso de Acetato de Desmopressina spray nasal 20mcg em cada narina de 8 em 8 horas, Levotiroxina sódica 100mcg, Hidroclorotiazida 25mg, Cloridrato De Amilorida 2,5mg, Femprocumona 1,5mg, Prednisona 5mg e Paroxetina 20mg. Solicitados exames na internação, apresentando alterações em: Creatinina sérica 2,33mg, Desidrogenase Lactica 598UI/L, Sódio 177mEq/L, Potássio 3,4mEq/L, Lactato 2,8mmol/L, Creatinoquinase total (CK) 3.256U/L, Proteína C Reativa 156mg/L, Velocidade de Sedimentação Globular 70mm, Leucocitose sem desvio e Proteinúria (+++). Tomografia de crânio mostra sinais incipientes de Hidrocefalia. Raio-X de tórax mostra provável

broncopneumonia bacteriana. Inicia-se hidratação intravenosa com solução hipotônica e antibioticoterapia com amoxicilina 875 mg e ácido clavulânico 125 mg. Posteriormente paciente refere melhora dos sintomas algícos. Familiar deste relata persistência da desorientação e dificuldade de deambulação do mesmo, devido à fraqueza muscular. Mucosas seguem desidratadas. Novos exames de controle são solicitados evidenciando: CK 5.430 U/L. Creatinina sérica 2mg, Sódio 177mEq/L, Potássio 3,7mEq/L, Leucócitos totais 15.100/mm³ com 6% de bastões. Conclui-se tratar de rabdomiólise e insuficiência renal aguda (IRA), precipitadas pelo quadro hiperosmolar decorrente de diabetes insipidus. Instala-se sonda gástrica, inicia-se Furosemida 2ml, 1 ampola EV de 8 em 8 horas, coletam-se novos exames laboratoriais e solicita-se Ressonância Magnética de Encéfalo que evidencia área de encefalomalacia/gliose com edema circunjacente à direita, hidrocefalia e presença de cateter de DVP com extremidade interna no corno posterior do ventrículo lateral direito. Sem sinais evidentes de recidiva tumoral. Paciente apresenta melhora dos parâmetros laboratoriais e evolui com melhora do quadro geral. Diminui-se Furosemida para 2ml, 1 ampola EV ao dia e Prednisona para meio comprimido de 5mg ao dia. Entre o 1º e o 13º dia de internação a CPK atingiu um pico de 9.786 U/L, a Ureia de 92mg e a Creatinina de 2,33mg. O paciente manteve-se com boa diurese e não necessitou de diálise, recebendo alta hospitalar no 13º dia de internação e com os seguintes exames: Ureia 45mg, Creatinina 1,06mg, Sódio 135 mEq/L, Potássio 3,9 mEq/L Cloretos 97,4 mEq/L e CK 129 U/L.

Conclusão É preciso lembrar que apesar de incomum, a rabdomiólise e a IRA são possíveis complicações da hipernatremia grave, o que ocorreu neste caso. A medida profilática mais efetiva para prevenção da IRA na rabdomiólise continua sendo a expansão volêmica. Além disso o uso de Furosemida ajuda impedir a obstrução intratubular por meio da precipitação da mioglobina pelo aumento do fluxo urinário. ³

Referências Bibliográficas 1. BORDALLO, Maria Alice Neves; FERREIRA, Rodrigo Martins; BULZICO, Daniel Alves. Atualização terapêutica no tratamento dos craniofaringiomas. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia vol.55 no.8 São Paulo Nov. 2011. 2. ZANTUT-WITTMANN, Denise E. et al. Severe rhabdomyolysis due to adipsic hypernatremia after craniopharyngioma surgery. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia vol.51 no.7 São Paulo Out. 2007. 3. PEREIRA, Benedito J, CUVELLO NETO, Americo L, ABDULKADER. Regina CRM. Alterações metabólicas como causa de rabdomiólise e insuficiência renal aguda. Jornal Brasileiro Nefrologia 2000; 22 (2): 78-84.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Carolina Scortegagna De Conti

E-mail do autor principal carolconti@gmail.com

Nome Cláudio Joaquim Paiva Wagner

Nome Maiara Christine Macagnan

Nome Camilla Müller Buligon

Nome Chrischelle Valsoler

Nome Bernardo Antonioli Ranzolin

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título PROGRAMA DE APOIO À PESSOA PORTADORA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (PDAH)

Introdução O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), prevalente em crianças e adolescentes (5,29%), possui como características níveis de atenção diminuída e maior impulsividade, ambos em patamares maiores do que o esperado para o estágio de desenvolvimento do indivíduo. Os sintomas costumam se apresentar por hiperatividade, impulsividade, labilidade emocional e déficit de atenção. Comorbidades como Transtorno Desafiador Opositivo, Depressão, Ansiedade, Transtorno Bipolar e Transtorno de Aprendizagem são frequentes. O PDAH nasceu com a intenção de auxiliar na demanda por atendimento especializado e gratuito para crianças e adolescentes portadores de TDAH e demais comorbidades e tem por objetivo inserir esses indivíduos na sociedade de forma satisfatória, minimizando os sintomas e ajudando-os a realizarem suas atividades rotineiras. O Projeto também visa inserir acadêmicos no atendimento desses pacientes para que aprendam a manejar tais transtornos de forma prática e contínua.

Desenvolvimento O Projeto de Extensão iniciou suas atividades no ano de 2011 e funciona no ambulatório da Universidade de Passo Fundo (UPF), anexo ao Hospital São Vicente de Paulo. Criado e coordenado pelo psiquiatra e professor Dr. Cláudio Joaquim Paiva Wagner, surgiu como uma forma de atender a demanda para atendimento especializado de crianças com suspeita de TDAH e suas comorbidades e, da mesma forma, auxiliar o grupo de acadêmicos de medicina no desenvolvimento de habilidades médicas. Em 2017 o projeto passou a contar com a participação da Professora de Psicologia Vanisa Fante Viapiana, especialista em avaliação Neuropsicológica e mais cinco acadêmicos do curso de Psicologia que colaboram pela busca de um atendimento integral e multidisciplinar da saúde mental do paciente. Os atendimentos psiquiátricos ocorrem nas sextas-feiras a tarde e são realizados por 15 alunos da Faculdade de Medicina da UPF. Ao início dos encontros é realizada uma discussão embasada nos conceitos fornecidos no DSM-V sobre transtornos do neurodesenvolvimento e outros transtornos psiquiátricos comuns na infância e adolescência. Ao final da discussão teórica os alunos se dividem em grupos de no máximo 3 pessoas para então realizarem os atendimentos. Os pacientes são triados para cada uma das especialidades,

psiquiatria e avaliação neuropsicológica, e, da mesma forma, também são separados entre os de primeira consulta e de retorno. Neste último caso o paciente será obrigatoriamente atendido por quem iniciou seu acompanhamento, visando assim a possibilidade de um real seguimento clínico de cada indivíduo. Na consulta psiquiátrica são coletadas queixas, demandas e informações escolares. Investiga-se a respeito de comportamentos, estereotípias, linguagem, desempenho escolar e relações com professores, colegas e família. Caso exista suspeita de TDAH o questionário SNAP-IV é oferecido para ser preenchido pela família e pela escola. A hipótese diagnóstica é inferida e apresentada junto com a história colhida ao coordenador do projeto em uma sala separada e, a partir das informações coletadas, o tratamento ou intervenção é preparado junto com a devolutiva para o paciente. A periodicidade para reconsultas é pensada individualmente conforme a necessidade de cada caso. Nesses momentos são revisadas as medicações, terapias, queixas adicionais e, se necessário, ocorre encaminhamento para pediatria, neurologia, para acompanhamento psicológico periódico na rede do município, entre outros. A média de pacientes atendidos pelo programa é de 55 pacientes/ano. Em 2014 foram 152 atendimentos registrados. Em 2015 esse número foi de 170 e em 2016 de 115. De Março a Agosto de 2017 já foram realizados 142 atendimentos, sendo 34 destes, primeira consulta.

Conclusão O projeto consiste numa oportunidade acadêmica única de contato com a psiquiatria infanto-juvenil e de desenvolvimento de habilidades médicas, como empatia. A evolução dos pacientes em âmbito pessoal e escolar fica evidente a cada consulta e mostra que projetos como esse, multidisciplinar e acadêmico, tem o poder transformador da realidade social da comunidade, sendo um serviço ímpar ao município.

Referências Bibliográficas AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. POLANCZYK G, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. v. 164, n. 6, p. 942-948, 2007. SADOCK BJ, SADOCK VA, Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Porto Alegre: 1 ed. Artmed, 2011. p. 91-102.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Corine Amaro Menta

E-mail do autor principal cori.menta@gmail.com

Nome Caio Gabriel Garcia

Nome Gabriela Koehler

Nome Carolina Scortegagna De Conti

Nome Brenda Gobetti

Nome Luiza Maidana Marques

Nome João Pedro Langaro

Nome Pérsio Ramon Stobbe

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título PRIMEIRO ANO DO AMBULATÓRIO DE IDENTIDADE DE GÊNERO DA LIEM-UPF: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução Harry Benjamin, em 1953, descreve a transexualidade como “a plena convicção por parte de um indivíduo de determinado sexo de pertencer ao sexo oposto, e o comportamento visando realizar essa convicção”. Transexuais estão condicionados a um quadro de disforia de gênero, quando não há aceitação/reconhecimento do seu sexo biológico. Desde a infância é possível que se identifique o conflito interno inerente aos transexuais, porém, é durante a puberdade que as mudanças corporais tornam a situação de desarmonia entre o que se vê e o que se sente ainda mais dramática. A relevância do tema é tal, que o Brasil é o país onde há o maior número de homicídios envolvendo transexuais e travestis, sendo sua expectativa de vida média em torno de 30 anos. Da mesma maneira, os maiores índices de evasão escolar estão contidos nesse grupo, chegando até a 73%. Pensando nisso, o ambulatório de Identidade de Gênero foi criado visando o atendimento integral dessa parcela da população.

Desenvolvimento O Ambulatório de Identidade de Gênero da Liga Acadêmica de Endocrinologia e Metabologia (LIEM) surgiu em agosto de 2016 com o objetivo de atender, em âmbito integral, o paciente transexual; desde o seu acolhimento e diagnóstico até a transferência para procedimento cirúrgico em Centro de Referência (Porto Alegre), no mínimo dois anos após o início do tratamento hormonal. Nessa trajetória, o atendimento a esses pacientes envolve o cuidado pelos profissionais médicos endocrinologista e psiquiatra, bem como psicoterapia, assistência social e jurídica, conforme Figura 1. Os atendimentos acontecem atualmente no Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM) do município e o protocolo de acolhimento ocorre com acesso direto ao serviço de psiquiatria, no qual é feita a triagem dos casos em que há evidência de disforia de gênero e, se o paciente desejar, é feita a transferência à equipe de endocrinologia para que se inicie a terapia de redesignação de gênero. Já é possível também encaminhar os laudos necessários para a mudança do nome de registro e de toda a consequente documentação pessoal desses pacientes. Aos alunos da LIEM, cabe o atendimento aos pacientes já

triados pela equipe de psiquiatria, para início da terapia hormonal. As consultas ocorrem semanalmente, sendo os alunos do curso de Medicina e do curso de Nutrição divididos em escalas de até quatro alunos por semana, sob supervisão médica do professor coordenador. Durante o atendimento é coletada a história clínica completa dos pacientes, seu estado de saúde geral é avaliado, bem como o histórico médico familiar, hábitos e história pregressa. O CRSM conta com testes rápidos que também são realizados nos pacientes. Após discussão entre alunos e professor é definida a conduta, seja por solicitação inicial de exames complementares, seja pela prescrição de terapia hormonal. O tratamento tem duração média de 2 anos, com acompanhamento através de consultas trimestrais ou sob demanda, nas quais realiza-se o reajuste da terapia hormonal e a monitorização de efeitos adversos e/ou complicações por meio da avaliação clínica e solicitação de exames laboratoriais, objetivando um tratamento seguro e eficaz. A LIEM almeja proporcionar à população transexual condições médicas adequadas para realização do tratamento hormonal, reduzindo, assim, os riscos inerentes ao tratamento clandestino e à automedicação. Em um ano de atendimento no ambulatório já foram realizadas mais de 90 consultas. Atualmente encontram-se em atendimento periódico 24 pacientes, com média de idade de 25,3 anos, sendo 13 mulheres transexuais e 11 homens transexuais (Figura 2). Durante esse ano ocorreram várias mudanças no ambulatório, incluindo melhorias logísticas que culminaram em uma maior satisfação da equipe profissional e dos pacientes; sobretudo porque refletem necessidades elencadas pelos próprios usuários do serviço. Assim, cita-se: concretização de parceria com o serviço de assistência jurídica.

Conclusão As ações realizadas proporcionam um ambiente completo de ensino aos acadêmicos, tanto em um viés científico como na humanização da relação médico-paciente. O ambulatório permite um atendimento global, ofertando um cuidado que integra desde o tratamento hormonal e apoio familiar até o auxílio logístico para mudança da documentação gerando assim um grande impacto positivo na vida desses pacientes.

Referências Bibliográficas 1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub, 2013. 2. BENJAMIN, Harry. Transvestism and transsexualism. JAMA, v. 199, n. 2, p. 136-136, 1967. 3. HEMBREE, Wylie C. et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, v. 94, n. 9, p. 3132-3154, 2009.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Débora Cristina Schuh

E-mail do autor principal dcristina884@gmail.com

Nome Fernanda Leite Bortholacci

Nome Fernanda Marcante Carlotto

Nome Michele Garcia Muraro

Nome Raísa Severo Cruz

Nome Thaís Dall Acqua Jost

Nome Vitória Magalhães

Nome Cláudia Schöffel Schavinski

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título "Faça parte deste time, seja doador de sangue!": um estímulo ao jovem doador

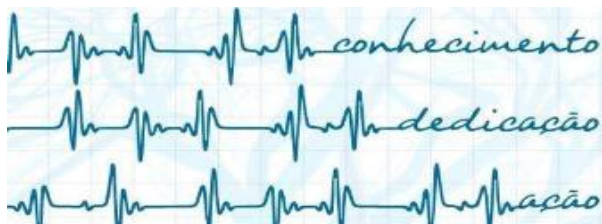
Introdução O sangue, essencial à vida, é um tecido que circula pelo corpo. Todos os dias acontecem acidentes, cirurgias e queimaduras que exigem transfusão, bem como os portadores de hemofilia, leucemia e anemias. A doação é um procedimento simples que consiste na retirada de aproximadamente 450 mL de sangue. Doar sangue não dói, nem prejudica a saúde. Levando em conta a importância desse ato e por saber-se que em muitos momentos o hospital tem seu estoque muito baixo, a Liga Acadêmica de Oncologia e Hematologia da Universidade de Passo Fundo (LIONCO) executou, no mês de maio do ano de 2017, uma campanha de doação de sangue com os acadêmicos de medicina. A atividade foi desenvolvida em conjunto com a comissão organizadora de um evento esportivo que ocorria na faculdade na mesma época, visando à mobilização e captação de doadores voluntários e conscientes. Essa campanha, além de ajudar o banco de sangue, divulgou a importância da doação de sangue para os acadêmicos e para comunidade em geral.

Desenvolvimento Segundo Almeida et. al. (2016), estima-se que apenas 1,8% da população brasileira é doadora, número ainda distante da porcentagem de 3 a 5% estimada como ideal pela OMS. Para Carlesso et. al. (2017), campanhas e divulgação da doação de sangue são medidas que têm como objetivo aumentar essa porcentagem doadora e tornar a doação voluntária um ato rotineiro. O Serviço de Hemoterapia do HSVP (SHHSVP), no ano de 2017, está promovendo a campanha "Faça parte deste time! Seja Doador de Sangue!", que visa sensibilizar potenciais doadores – os jovens – para a doação de sangue, com a finalidade de conscientizá-los e fidelizá-los. Sendo assim, objetivando atingir esse público, a LIONCO realizou uma atividade em parceria com a comissão do evento Intramed 2017, com o intuito de mobilizar e engajar o maior número de jovens para a ação de doação de sangue. A atividade desenvolvida consistiu em uma prova na qual as turmas de medicina das universidades de Passo Fundo competiram entre si e cuja pontuação foi contabilizada da seguinte forma: número de fotos postadas por cada doador no SHHSVP, no Facebook, contendo as hashtags #lioncointramed, #sejadoadordesangue, #façapartedestetime; e número de comprovantes da

doação de sangue entregue pelo SHHSVP. Tanto a entrega do comprovante, quanto a postagem da foto contabilizou um ponto para cada participante. No entanto, os participantes que realizaram ambos ganharam dois pontos. A turma que mobilizasse o maior número de pessoas para doar sangue, além de pontuar nessa categoria no evento Intramed, também reforçaria a importância da doação de sangue, sensibilizaria novos doadores e fidelizaria os já existentes. Os dias destinados à doação foram de 8 a 19 de maio de 2017. Ao final da atividade, durante os doze dias determinados para a ação, foram contabilizadas mais de cem doações de sangue no SHHSVP. As turmas vencedoras foram: QCB (43 pontos) Debreia (41 pontos) e Bicuda e Canelaço (39 pontos), turmas do quinto, quarto e sétimo níveis do curso de medicina da UPF, respectivamente. Tal atividade, além de aumentar o número de doações no SHHSVP, proporcionou aos alunos que não conheciam a dinâmica da doação de sangue a oportunidade de conhecer e de divulgar esse ato tão especial. Além disso, houve divulgação da proposta em redes sociais, em grupos do Facebook que abrangem vários estudantes, professores, ex-alunos e funcionários de várias instituições, não ficando restrito a apenas aos alunos que participaram do Intramed. Pretende-se, também, tornar a doação de sangue uma modalidade de todas as próximas edições do Intramed, a fim de que se possa colaborar com a fidelização dos jovens doadores.

Conclusão A campanha da doação de sangue, realizada pela LIONCO em parceria com o Intramed, obteve êxito, pois estimulou estudantes de medicina a ajudarem a manter os estoques de sangue do SHHSVP. Ademais, a atividade incentivou a fidelização do jovem doador para que, ao longo da vida, faça várias doações, repasse a ideia para seus amigos e familiares e, principalmente, torne esse ato uma rotina.

Referências Bibliográficas ALMEIDA, Carlos Caetano et al. A importância estratégica da gestão da informação na doação de sangue e medula óssea. Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC, Campinas, SP, n. 6, p. 224-224, out. 2016. ISSN 2525-5398. Disponível em: . CARLESSO, Letícia et al. Estratégias implementadas em hemocentros para aumento da doação de sangue. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2017, 213-220. ISSN 1806-1222. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40851821009>>.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal EDUARDO DOMBROSKI DA SILVA

E-mail do autor principal eduardo.dombroski@hotmail.com

Nome FERNANDA MARCANTE CARLOTTO

Nome GABRIEL WEISS

Nome JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO

Nome LUCAS DUDA SCHMITZ

Nome JUAREZ ANTONIO DAL VESCO

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título DRENAGEM ENDOSCÓPICA DE COLEÇÃO NECRÓTICA ORGANIZADA PANCREÁTICA SEM UTILIZAÇÃO DE ECOENDOSCOPIA

Introdução O desenvolvimento de coleções de líquido peripancreático é uma complicação associada à pancreatite aguda moderada e grave. Em essência, existe o pseudocisto, resultado da pancreatite edematosa intersticial, e o “walled off necrosis” (WON), decorrente de uma pancreatite necrotizante. Na maioria, são casos assintomáticos ou que se resolvem espontaneamente. O fator que determina a decisão de intervenção é a presença de sintomas significativos, que podem incluir dor abdominal persistente, obstrução da saída gástrica, obstrução biliar, vazamento de fluido devido a um ducto pancreático desconectado e infecção. A abordagem endoscópica é mais segura e associada a menores custos, menor permanência hospitalar e melhoria da qualidade de vida em comparação com a cirurgia. Nosso objetivo é demonstrar uma técnica alternativa para a drenagem das coleções peripancreáticas sem utilização de ecoendoscopia.¹

Desenvolvimento Mulher, 38 anos, hipertensa e obesa grau II, apresentou quadro clínico e laboratorial de pancreatite aguda biliar grave. A tomografia computadorizada (TC) de abdome demonstrou adensamento pancreático difuso, coleção necrótica em istmo, corpo e cauda pancreática sem comunicação com ducto pancreático com 8,9 x 6,3 cm e deslocamento gástrico. Optou-se pelo tratamento conservador da coleção. No seguimento ambulatorial, paciente referiu dor e abaulamento abdominal em região epigástrica, náuseas e vômitos. Realizada nova TC de abdome, a qual demonstrou presença de coleção liquefeita, intraparenquimatosa, acometendo corpo e cauda pancreática, medindo 14,2 x 12,4 cm, determinando rechaço das estruturas adjacentes. Optou-se pela drenagem endoscópica do WON. Realizada endoscopia digestiva alta com anestesia geral, observando volumoso abaulamento posterior em corpo gástrico. Realizado secção de parede gástrica com alça diatérmica e punção da parede da coleção com agulha de retirada de balão intragástrico com drenagem de grande quantidade de secreção turva com debris. Introduzido fio guia metálico hidrofílico e realizada dilatação do orifício com balão dilatador hidrostático de 12 mm e passagem de prótese pigtail dupla 10F com confirmação da posição por radioscopia. Paciente recebeu alta hospitalar

no 4º dia após a drenagem. Durante seguimento, paciente apresentou-se assintomática e em controle tomográfico com redução completa da coleção, sendo retirado prótese, via endoscópica, no 3º mês após drenagem.¹

Conclusão A drenagem endoscópica do WON com auxílio da radioscopia e semecoendoscopia é uma técnica factível, de baixo custo e que proporciona bons resultados, sendo uma técnica alternativa para os profissionais e instituições que não dispõem de ultrassonografia endoscópica.

Referências Bibliográficas 1. Alali A, Mosko J, May G, Teshima C. Endoscopic Ultrasound-Guided Management of Pancreatic Fluid Collections: Update and Review of the Literature. Clin Endosc.2017 Mar;50(2):117-125.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal EDUARDO DOMBROSKI DA SILVA

E-mail do autor principal eduardo.dombroski@hotmail.com

Nome Douglas Acosta Lemos

Nome Leonardo Figueiredo Menin

Nome Nelson Alexandre Prill

Nome Jorge Roberto Marcante Carlotto

Nome Lucas Duda Schmitz

Nome Juarez Antonio Dal Vesco

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título Ruptura espontânea de baço em paciente em programa de Hemodiálise.: um relato de caso

Introdução A ruptura espontânea de baço (REB) é rara e apresenta manifestações clínicas de difícil interpretação. Em consequência, o diagnóstico é incerto e o tratamento conduzido, inicialmente, de maneira errônea, comprometendo a recuperação do paciente. Nós relatamos um caso de REB em paciente durante terapia renal substitutiva.

Desenvolvimento V.S, masculino, 32 anos, hepatite C, hipertenso, transplante renal há 18 anos, com Doença Renal Crônica em hemodiálise há 17 anos, queixa-se de dor abdominal emaperto, iniciada há 01 dia, de intensidade moderada, relacionada à distensão abdominal, sem fatores agravantes e atenuantes. Sem outras queixas na revisão dos sistemas. Sem uso de medicamentos. Nega cirurgias abdominais recentes. Nega história de trauma prévio. Exame físico: sinais vitais estáveis, hipocorado, abdômen flácido, desconforto à palpação no hipocôndrio esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou-se ultrassonografia de abdômen total, demonstrando esplenomegalia e coleção subcapsular acentuadamente heterogênea, predominantemente hiperecóide, relacionável a hemorragia subcapsular encapsulada. Exames laboratoriais: hemoglobina (8,4g/dl), hematócrito (25,2%), creatinina (5,97) e demais exames sem alterações. A tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste endovenoso demonstrou hemoperitônio periesplênico e hematoma subcapsular esplênico com laceração parenquimatosa (grau III). Optado pelo tratamento conservador não-operatório. No seguimento, paciente apresentou queda de 2g/dl de hemoglobina, taquicardia e sinais de irritação peritoneal. Indicado esplenectomia por falha do tratamento conservador. Procedimento cirúrgico e pós-operatório sem complicações. Paciente mantém seguimento ambulatorial sem alterações até o momento. Discussão: Relatamos o caso de um paciente, com baço sem alterações histológicas, que sofreu REB decorrente, provavelmente, da conduta anticoagulante na hemodiálise através da administração de heparina. A ruptura esplênica é comumente diagnosticada no traumatismo abdominal ou tóraco-abdominal¹, essa correspondendo à mortalidade em torno de 20%, devido ao diagnóstico tardio e à terapêutica². Também parece ocorrer em baços previamente lesados ou após traumas não

diagnosticados.^{3,4} Entretanto, qualquer doença que leve à esplenomegalia acentuada pode resultar em ruptura esplênica e hemoperitônio. É o caso de variadas infecções como malária, tuberculose, calazar, sífilis, citomegalovirose e mononucleose infecciosa, e de doenças neoplásicas como leucemia, doença de Hodgkin, metaplasia mielóide e metástases esplênicas, e de outras como amiloidose⁵. A esplenectomia é o tratamento de escolha na maioria dos casos, e o conservador a ser estabelecido em casos infecciosos específicos.^{4,5} Conforme referido anteriormente, as terapêuticas anticoagulantes estão ligadas a casos de REB e relatos a descreve em relação à terapia anticoagulante com heparina e seus derivados. Em uma revisão sistemática, apenas 9,1% dos pacientes sofreram REB associadas a drogas e ao tratamento, incluindo uso de anticoagulantes, fatores estimulantes de granulócitos, trombolíticos e diálise. Contudo, a REB associada a novos anticoagulantes inibidores do fator Xa permanece uma ocorrência relativamente nova.

Conclusão Todo médico precisa estar em alerta à REB nos pacientes em hemodiálise e/ou que faz uso de anticoagulantes. Na existência de sintomas correspondentes a quadros abdominais doloridos sem trauma ou complicações prévias, o profissional de saúde precisa incluir a REB na lista de diagnósticos diferenciais.

Referências Bibliográficas 1. Atkinson E. Death from idiopathic rupture of the spleen. *BMJ*. 1874; 2:403-4. 2. Kianmanesh R, Aguirre HI, Enjaume F, et al. Ruptures non traumatiques de la rate: trois nouveaux cas et revue de la littérature. *Ann Chir*. 2003 Jun; 128(5):303-9 3. Rebzulli P, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candidas D. Systematic review of atraumatic splenic rupture. *Br J Surg*. 2009 Oct; 96(10):1114-21. 4. Debnath D, Valerio D. A traumatic rupture of the spleen in adults. *J R Coll Surg Edinb*. 2002; 47(1):437-45 5. Eisenberg R. *Gastrointestinal Radiology, A Pattern Approach*, 4th ed., Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Elisa Estivaleta Jablonski

E-mail do autor principal elisaej1@hotmail.com

Nome Fernanda Marcante Carlotto

Nome Daiane Weber

Nome Moema Nene dos Santos

Nome Cristiane Zanotelli

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título Linfoma Triple Hit: Relato de Caso

Introdução Os linfomas triple hit (LTH) são linfomas raros com translocações e rearranjos dos genes c-MYC, BCL-2 e BCL-6. Normalmente, os LTHs exibem comportamento agressivo, com envolvimento medular e de sistema nervoso central, o que determina prognóstico ruim¹. Relatamos o caso de uma paciente com essa patologia, assim como seu diagnóstico e tratamento.

Desenvolvimento Mulher, 30 anos, previamente hígida, apresentando dispnéia, sudorese noturna e emagrecimento de 13 quilos em 4 meses. Exames laboratoriais evidenciaram anemia, trombocitose, linfopenia, e desidrogenase láctica elevada. Ao exame clínico, performance status ECOG 2 e adenomegalias difusas. Exames de imagem com aumento de linfonodos cervicais, infraclavicular direito (5,2 x 3,9 cm) e mediastinais (3,1 x 3 cm), com massa bulky mediastinal de (11,6 x 6,4 x 9cm) e derrame pleural direito. Realizada mediastinoscopia com toracocentese a direita e biópsia da massa no mediastino. Imunohistoquímica compatível com linfoma não hodgkin de grandes células B com índice proliferativo Ki67 70%, BCL2, BCL6 e c-MYC positivos, sugestivos de LTH. Ausência de infiltração medular ou de líquido. Estadiamento clínico Ann Harbor IV-B. Iniciado o tratamento quimioterápico com protocolo DA-REPOCH com boa evolução clínica e reestadiamento após quarto ciclo de quimioterapia com redução maior que 50% da lesão. Segue em tratamento quimioterápico atualmente. Os LTHs são semelhantes aos linfomas double hit em relação às características morfológicas, biológicas e citogenéticas, mas possuindo três, ao invés de dois, rearranjos de genes: c-MYC, BCL-2 e BCL-6. Essa patologia é rara e a sua incidência exata é desconhecida. O diagnóstico é feito através da morfologia, da citometria de fluxo, da imunohistoquímica e da citogenética². A neoplasia está associada a curso clínico mais agressivo e tem propensão a envolvimento de sítios extranodais, incluindo a medula óssea e o sistema nervoso central³. A sobrevida global média desses pacientes é de 0,2 a 1,5 anos¹. O tratamento consiste principalmente em quimioterapia sistêmica associada ao anticorpo monoclonal anti-CD20 recombinante rituximab. A quimioterapia de escolha depende em parte do subtipo molecular². Esses pacientes devem ser criteriosamente acompanhados, em razão dos efeitos colaterais que podem surgir durante o período de neutropenia febril, que incluem mucosite, náuseas e vômitos, toxicidade hepática e suscetibilidade à infecções³.

Conclusão O LTH tem um comportamento agressivo e um prognóstico sombrio, além de ainda existirem dificuldades em relação ao seu diagnóstico. Por isso, é necessário continuar estudando essa patologia, a fim de realizar o correto diagnóstico e manejo adequado deste grupo de pacientes.

Referências Bibliográficas 1. Pemmaraju N, Gill J, Gupta S, Krause JR. Triple-hit lymphoma. Proceedings (Baylor University Medical Center). 2014;27(2):125-127. 2. Wang W, Hu S, Lu X, Young KH, Medeiros LJ. Triple-hit B-cell Lymphoma With MYC, BCL2, and BCL6 Translocations/Rearrangements: Clinicopathologic Features of 11 Cases. Am J Surg Pathol. 2015 Aug;39(8):1132-9. 3. Nguyen L, Papenhausen P, Shao H. The Role of c-MYC in B-Cell Lymphomas: Diagnostic and Molecular Aspects. Sakamuro D, ed. Genes. 2017;8(4):116.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Fernanda Leite Bortholacci

E-mail do autor principal fernandabortholacci@gmail.com

Nome Aiglon Moura Simas Neto

Nome Alana Dupont Daronco

Nome Alana Santos da Silva

Nome Cassieli Paludo Colombo

Nome Débora Cristina Schuh

Nome Fabiano Trentini Barancelli

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título Correção de complicação tardia de hepaticojejunostomia após lesão iatrogênica de vias biliares

Introdução A lesão iatrogênica de via biliar (LIVB) é uma das complicações mais temidas relacionadas à colecistectomia e sua correção apresenta-se como verdadeiro desafio cirúrgico. A literatura tem mostrado índices de ocorrência de LIVB por via laparoscópica que variam de 0,1% a 0,6%. Este relato objetiva apresentar um caso de lesão iatrogênica em ducto hepático, de classificação Bismuth-Strasberg E2, e descrever a correção de um reparo complicado após a lesão, por meio de técnica inovadora.

Desenvolvimento Paciente masculino, 49 anos, realizou videocolecistectomia em 2012 por colelitíase e, durante o intraoperatório, houve lesão iatrogênica de colédoco à altura da bifurcação dos ductos hepáticos, corrigida com anastomose em Y de Roux. Evoluiu com estenose da anastomose e quadro de icterícia, colúria, acolia fecal e prurido cutâneo, manejado com dreno de Kehr por seis meses. Novo quadro icterico, com diagnóstico de múltiplos abscessos hepáticos. Houve insucesso no manejo dos abscessos por drenagem percutânea e na dilatação da anastomose. Em fevereiro de 2014, realizou cirurgia por gastrojejunostomia para criar um acesso endoscópico da anastomose para posterior dilatação endoscópica da hepaticojejunostomia. Em acompanhamento médico regular desde então. Lesões iatrogênicas em videocolecistectomia são causa frequente de estenose biliar benigna e relacionam-se ao cirurgião e suas habilidades e à anatomia do paciente. São classificadas por Bismuth-Strasberg conforme sua topografia e, nesse caso, temos uma lesão E2. Mesmo com correção intraoperatória, a estenose da anastomose é uma complicação tardia temida e incide em até 10% dos casos. Para correção dessa estenose, a técnica de escolha é dilatação endoscópica da estenose via percutânea. Na inviabilidade desse meio, uma alternativa ainda pouco descrita é a dilatação por via transgástrica: a alça jejunal exclusiva é fixada à parede gástrica anterior, permitindo acesso endoscópico transgástrico. No caso apresentado, a anastomose entre a alça exclusiva e o estômago foi feita e mantida, o que permitiu abordagem transgástrica da hepaticojejunostomia e realização de dilatações seriadas, restaurando o fluxo biliar para o trato intestinal.

Atualmente, após procedimento utilizando essa técnica inovadora, o paciente encontra-se estável, sem sintomatologia sugestiva de reestenose.

Conclusão As LIVB e suas complicações a longo prazo mostram-se ser um verdadeiro revés para paciente e cirurgião. A dificuldade em tratar tal situação traz à luz a necessidade de discutir novas técnicas operatórias, como a aqui relatada. Ainda pouco descrita, a dilatação por via transgástrica foi adotada e, com êxito, obteve resultados satisfatórios no alívio sintomático e na melhoria da qualidade de vida.

Referências Bibliográficas FORTUNATO, AA et al. Comparative analysis of iatrogenic injury of biliary tract in laparotomic and laparoscopic cholecystectomy. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, São Paulo, v. 27, n. 4, p.272-274, dez. 2014. JABLONSKA, B et al. Iatrogenic bile duct injuries: Etiology, diagnosis and management. World Journal of Gastroenterology, Katowice, v. 15, n. 33, p.4097-4104, set. 2009. MORICZ, A et al. Modified "Roux en Y" hepaticojejunostomy to permit transgastric endoscopic access. Acta Cir. Bras., São Paulo, v. 29, supl. 3, p. 14-16, 2014. PRASAD, A et al. Robotic assisted Roux-en-Y hepaticojejunostomy in a post-cholecystectomy type E2 bile duct injury. World Journal of Gastroenterology, v. 21, n. 6, p.1703-1706, 2015.



Nome do autor principal FERNANDA MARCANTE CARLOTTO

E-mail do autor principal fmcarloito@gmail.com

Nome JALINE DA SILVA RIBEIRO

Nome GABRIEL WEISS

Nome ROBSON ROTTENFUSSER

Nome JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO

Nome JABER SALEH

Nome LUCAS DUDA SCHMITZ

Nome JUAREZ ANTONIO DAL VESCO

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título ESTUDO MORFOLÓGICO E MORFOMÉTRICO DA AMPOLA HEPATOPANCREÁTICA

Introdução A papila duodenal maior é o ponto de confluência do ducto pancreático principal e da via biliar principal na segunda porção duodenal. A ampola hepatopancreática está circundada pelo esfíncter de Oddi, que controla a liberação de bile e fluido pancreático na luz intestinal. A junção do ducto pancreático principal e do colédoco pode ocorrer de várias maneiras e seu estudo é determinante no sucesso das intervenções biliopancreáticas endoscópicas e cirúrgicas.

Desenvolvimento O objetivo do trabalho é analisar a morfologia e as principais variações anatômicas da ampola hepatopancreática e da junção ductal biliar e pancreática. A metodologia utilizada foi um estudo retrospectivo de colangiopancreatorressonâncias. Foram considerados para este estudo pacientes submetidos à colangiopancreatorressonâncias no período de junho de 2003 a junho de 2017 no Hospital da Cidade de Passo Fundo. Os casos com doença hepatobiliopancreática foram excluídos da análise. Os dados foram coletados e organizados em planilhas de Excel (Microsoft, Estados Unidos). A análise estatística dos dados investigados foi realizada pelo SPSS Statistics 20.0 (IBM, Estados Unidos). As variáveis quantitativas foram apresentadas como média \pm desvio padrão e as variáveis qualitativas como frequência e porcentagem. A comparação entre os dados foi analisada pelo teste t de Student. Determinou-se o nível de significância em 5% ($p = 0,05$). Em relação aos pacientes, foram analisados seu sexo e sua idade. Além disso, foram avaliados aspectos particulares do exame, como o tipo de junção dos ductos, o ângulo de formação da via biliar principal com o ducto pancreático principal e o comprimento da ampola. As imagens foram avaliadas por dois radiologistas e um cirurgião com experiência na área. Foram avaliados 333 exames. A média de idade dos pacientes era 53 anos (± 16) e o sexo predominante foi o feminino (63,7%). O tipo de junção predominante foi a existência de um canal comum entre os ductos até a desembocadura na papila maior do duodeno em 43,8% dos casos, seguido de um canal comum com septo em 28,5% e de uma implantação separada de ambos nos 27,6% dos casos restantes. O ângulo mais comum de implantação da via biliar no ducto pancreático foi menor que 30 graus em 67% dos exames, seguido por uma formação maior que 30 graus no restante dos

casos. Existiu diferença significativa entre o ângulo de implantação e os sexos ($p=0,03$) e o ângulo de implantação e o tipo de junção ($p=0,04$). A medida média do canal comum, quando existente, foi de 15 milímetros.

Conclusão A morfologia mais comum da junção do ducto biliar com o ducto pancreático principal na segunda porção do duodeno é de apresentar um canal comum, com implantação em ângulo menor que 30 graus e com uma média de 15 milímetros de comprimento. Sugerimos a revisão da nomenclatura anatômica para junção pancreatobiliar ou biliopancreática conforme a angulação das junções ductais.

Referências Bibliográficas 1. Haraldsson E, Lundell L, Swahn F, Enochsson L, Löhr JM, Arnelo U; Scandinavian Association for Digestive Endoscopy (SADE) Study Group of Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreaticography. Endoscopic classification of the papilla of Vater. Results of an inter- and intraobserver agreement study. United European Gastroenterol J. 2017 Jun;5(4):504-510. 2. Horiguchi S, Kamisawa T. Major duodenal papilla and its normal anatomy. Dig Surg. 2010;27(2):90-3.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Fernanda Paula Schafer

E-mail do autor principal fernandapaulaschafer@gmail.com

Nome Cláudia Schavinski

Nome Brenda Gobetti

Nome Gabriel Tomazelli

Nome Gabrielle Petter

Nome Paula Cadore Winter

Nome Sabrina Nalin

Nome William Menegussi

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título LIONCO: Relato de Experiência

Introdução A LIONCO (Liga Acadêmica de Oncologia e Hematologia) é um projeto de extensão composto por um grupo de estudantes de Medicina da Universidade de Passo Fundo dedicados ao estudo da Cancerologia e da Hematologia com o objetivo de aprimorar a formação acadêmica. Tem particular importância, preenchendo eventuais carências da graduação no que diz respeito à Oncologia e à Hematologia, contribuindo com a melhora dos serviços de saúde prestados na comunidade, além de promover a inserção dos acadêmicos e da instituição na sociedade. Trata-se de um projeto que possibilita ao acadêmico a promoção de saúde, gerando transformação social e ampliando o objeto da prática médica através das três modalidades clássicas de conhecimentos: Ensino, Pesquisa e Extensão numa relação teórico-prática.

Desenvolvimento Inserindo estudantes na prática profissional, a Liga LIONCO incentiva a curiosidade científica com realização de pesquisas, relatos de caso, organização de reuniões, discussões clínicas, simpósios e congressos. Aulas quinzenais são organizadas e ministradas pelos integrantes, possibilitando maior contato com as especialidades médicas estudadas. Por meio dos encontros, estudantes de diversos semestres do curso de medicina reúnem-se e compartilham conhecimentos, com discussão de patologias e de casos clínicos, promovendo um estudo baseado na participação. A oncologista e professora coordenadora da liga participa ativamente das reuniões, propiciando a aplicação dos conhecimentos oncológicos no raciocínio clínico e no manejo de pacientes no sistema de saúde. Além disso, uma aula aberta, para a qual todos os acadêmicos do curso foram convidados a participar, foi organizada pela Liga neste ano, abordando o tema– Melanoma: do diagnóstico ao tratamento. Na pesquisa, a LIONCO está com projetos com o objetivo de estudar o perfil dos pacientes do com câncer colorretal, mama e colo uterino. Essa iniciativa surgiu devido ao diagnóstico cada vez mais precoce dessas neoplasias. A Liga também atua na promoção de saúde, com participação em programas de rádio, no qual os ligantes e a professora informam e esclarecem dúvidas sobre assuntos oncológicos de maior prevalência e interesse, tais como o câncer de próstata, de mama e de pulmão.

Além disso, realizou-se ação de conscientização no Dia Mundial Contra o Tabaco, a fim de orientar o público acerca dos efeitos danosos e da participação do tabagismo nas patologias oncológicas. Em 2017, a Liga iniciou o projeto de produção de vídeos que serão divulgados em redes sociais e na UPF TV, objetivando esclarecer conceitos básicos da Oncologia, propiciar informações e responder questionamentos frequentes dos próprios pacientes. Será, portanto, uma maneira da população obter conhecimento, desconstruir tabus sobre o câncer, entender a importância e o funcionamento do tratamento e criar um meio de comunicação com os membros da Liga. Ainda, realizou-se uma atividade em parceria com a comissão do evento Intramed e com o serviço de Hemoterapia do HSVP, colaborando com a campanha “Faça parte deste time! Seja Doador de Sangue!”, sensibilizando e conscientizando potenciais doadores – os jovens – para a doação de sangue. A ação resultou na doação de 102 bolsas de sangue e na divulgação da ação por meio de fotos em redes sociais. Destaca-se a importância de todas essas ações realizadas pela LIONCO, uma vez que esses projetos mudam a imagem de que a vida acadêmica limita-se a sala de aula e laboratórios de situações hipotéticas, estimulam os estudantes não só a praticar uma medicina mais humana, como também a atuar em prol da comunidade.

Conclusão As ações da LIONCO estão sendo desenvolvidas e ampliadas. A interação entre o conhecimento e a vivência dos ligantes está contribuindo significativamente para a formação profissional, de forma mais humana, ética e responsável, demonstrando comprometimento com as questões de saúde da comunidade.

Referências Bibliográficas .



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal FERNANDO THEODORO SEHNEM

E-mail do autor principal fernando.sehnem@gmail.com

Nome EMERSON BASTIANI

Nome ALINE WRZESINSKI

Nome ALINE DALL AGNOL

Dados do trabalho

Categoria Ginecologia e Obstetrícia

Título ROTURA EM ÚTERO SEM CICATRIZ,

COM INCRETISMO PLACENTÁRIO, EMPACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL

Introdução Ruptura uterina na gestação é uma situação de elevada morbidade e mortalidade para a mãe e para o feto. A grande maioria das rupturas ocorrem no segundo ou terceiro trimestre em mulheres que tiveram algum procedimento cirúrgico transmiométrial prévio, mais comumente uma cesariana.

Desenvolvimento Paciente de 35 anos, G8P6A1 (7ª gestação molar), IG 23+2, encaminhada de cidade vizinha devido a alteração uterina em ultrassonografia obstétrica a esclarecer. Refere episódio de dor abdominal em cólica, moderada intensidade acompanhada de sangramento vaginal há 3 dias, sangue vivo, em moderada quantidade. No momento sem sangramento vaginal, sem demais queixas. Tabagista 30 cigarros/dia, obesa. Exame físico: BEG, deambulando, comunicativa, mucosas normocoradas, afebril, PA 120/80, TEC < 2 seg, FC 82bpm, sem sudorese, AU 25cm, BCF 160bpm, MF presentes, DU ausente, toque vaginal não doloroso, colo uterino GPOEA. Solicitados Hemograma e US Obstétrica. À US presença de grande área anecóica contendo partes fetais (um membro inferior e um membro superior) na região corporal direita do útero compatível com ruptura da parede uterina, de 8cm, e protrusão de saco amniótico para a cavidade abdominal. Eritrograma: HB 13,5; HT 40,3. Leucograma semleucocitose, diferencial normal Paciente encaminhada para laparotomia. Identificado útero gravídico com rotura uterina em região fúndica e lateral a direita com protrusão das membranas amnióticas e partes fetais (Imagem 1). Retirado feto com vida, entregue a pediatra. Realizada histerectomia. Anatomopatológico: Placenta increta

Conclusão Embora a ruptura de um útero sem cicatriz cirúrgica seja rara e difícil de considerar em caso de estabilidade hemodinâmica, no caso relatado, a paciente apresenta múltiplos fatores de risco para ruptura, como alta paridade, avançada idade materna, placentação anormal. Todavia o que torna este caso mais incomum é a estabilidade clínica da paciente que se apresentou oligossintomática.

Referências Bibliográficas 1- Gibbins KJ, Weber T, Holmgren CM, et al. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol 2015; 213:382.e1. 2- Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? J

Reprod Med 1998; 43:877. 3- LeMaire WJ, Louisy C, Dalessandri K, Muschenheim F. Placenta percreta with spontaneous rupture of an unscarred uterus in the second trimester. Obstet Gynecol 2001; 98:927.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal GABRIEL BIGOLIN

E-mail do autor principal gabriel.bigolin@gmail.com

Nome PÉTTALA RIGON

Nome BERNARDO ANTONIOLLI RANZOLIN

Nome ANDRESSA BECKMANN

Nome FELIPE PAIVA

Nome RAÍSSA BIANCHINI

Nome VOLMIR ALBERTO BARBIERI JUNIOR

Nome CINTIA REGINATO MARTINS

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título PERFIL CITOPATOLÓGICO CERVICOVAGINAL EM MULHERES MENORES DE 18ANOS DE UM GRANDE COMPLEXO HOSPITALAR

Introdução A prevenção do câncer de colo uterino é preocupação de saúde pública mundial, em que a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde preconizam na população feminina o rastreo para detecção precoce de patologias cervicais. Somado a isso, há também a vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), oncovírus causador de neoplasias cervicais. A incidência e a mortalidade por essa patologia reduziram com o rastreo por meio do exame citopatológico de colo uterino, o mais utilizado mundialmente. No Brasil, esse exame é realizado dos 25 aos 64 anos em mulheres que já iniciaram atividade sexual com a rotina de repetir em intervalos de três anos após dois exames consecutivos normais. Portanto, relata-se a

análise de lâminas de pacientes mulheres menores de 18 anos de um serviço de patologia em um grande complexo hospitalar de Porto Alegre/RS, a fim de refletir a incidência de alterações malignas que surgem antes mesmo de ocorrer o rastreo previsto.

Desenvolvimento METODOLOGIA: Este estudo se baseia em um levantamento de dados de prontuários a partir dos resultados de exames citopatológicos cervicovaginais de mulheres jovens menores de 18 anos de um grande complexo hospitalar de Porto Alegre/RS. Foram coletados dados de 66 exames, identificados como de mulheres com idade igual ou menor de 18 anos. RESULTADO: Entre as lâminas analisadas, 65 (98,4%) se mostraram satisfatórias para avaliação, sendo 1 (1,6%) insatisfatório devido à alta quantidade de sangue e piócitos na amostra. Em 18,4% (n=12) das mulheres estudadas foram identificadas algum tipo de anormalidade citológica: células escamosas atípicas (ASC-US) em 12,3% (n=8); lesão intra epitelial NIC I em 4,5% (n=3) e lesão intra epitelial NIC II em 1,5% (n=1). Foram estudadas alterações relativas à flora vaginal, candida sp em 10,7% (n=7) e Clue Cells (Gardnerella vaginalis) em 18,4% (n=12) das mulheres. DISCUSSÃO: O estudo demonstra que o rastreo para câncer de colo uterino

desfavorece mulheres jovens menores de 25 anos sexualmente ativas, com alterações citopatológicas iniciais que possivelmente evoluirão para neoplasia. A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) está significativamente relacionada com o desenvolvimento de câncer de colo uterino, principalmente os tipos 16 e 18; ainda, dentre os fatores de risco para adquirir o vírus, o início precoce da atividade sexual é de suma relevância. Desse modo, atentou-se, em estudos, a alta prevalência do vírus HPV em mulheres jovens sexualmente ativas, o que contrapõem as atuais diretrizes do Ministério da saúde em relação ao início do rastreio do câncer cervical por meio do exame citopatológico, a qual se baseia em uma baixa prevalência de infecções por HPV e de lesões de baixo grau em mulheres menores de 25 anos. Em revisões sistemáticas e meta-análises, observou-se, os benefícios do rastreio, comprovando seu impacto na diminuição de incidência e mortalidade de câncer cervical. Isso porque, o exame detecta lesões pré-cancerosas em fases iniciais da patologia, evitando complicações e morbidades decorrentes do tumor. Ainda que apenas 6% dos exames estudados já demonstraram lesões NIC I e NIC II, ressalta-se a importância da detecção precoce para prevenção de doença invasiva do colo uterino, a qual, diagnosticada precocemente, aumenta exponencialmente a chance de cura da paciente.

Conclusão Portanto, o rastreio citopatológico cervicovaginal baseado no início da vida sexual da mulher, sendo esse o maior fator de risco, independente da sua idade, é uma alternativa segura para as pacientes e de menor custo para o sistema de saúde que o tratamento oncológico de um câncer invasor.

Referências Bibliográficas Instituto Nacional do Câncer (INCA); Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero. Rio de Janeiro, 2011. Feldman, Sarah; Goodman, Annekathryn; Peipert, Jeffrey F. Screening for cervical cancer – Literature Review. UpToDate, julho 2017.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Guilherme Mattiello Casa

E-mail do autor principal guimattiellocasa@gmail.com

Nome Bernardo Cenci Basso

Nome Pedro Castelan Pereira

Nome Rodolfo Busato

Nome Henrique Knaack

Nome Carlos Eduardo Bier Oro

Nome Eduardo Roeshler dos Santos

Nome Rubens Rodriguez

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título Lesão Vascular causada por *Angiostrongylus costaricensis* em camundongo Swiss

Introdução A angiostrongilíase abdominal (AA) é uma zoonose causada pelo nematódeo *Angiostrongylus costaricensis*, um parasita intra-arterial, encontrado em roedores silvestres. Possui como hospedeiro intermediário o molusco do gênero *Phyllocaulis* e roedores do gênero *Oligoryzomys* os hospedeiros definitivos. Acidentalmente é capaz de infectar os humanos. No humano afeta principalmente as artérias mesentéricas e seus ramos, causando lesões nos intestinos delgado (ID) e grosso (IG), do tipo isquêmico ou pseudo-tumoral. Como há poucos estudos sobre as lesões vasculares causadas pelo *A. costaricensis* tanto em humanos como em modelos experimentais, este trabalho tem como objetivo descrever as lesões vasculares em camundongos Swiss infectados com *A. costaricensis*.

Desenvolvimento A angiostrongilíase abdominal (AA) é uma zoonose causada pelo nematódeo *A. costaricensis*, um parasita intra-arterial, encontrado em roedores silvestres. Possui como hospedeiro intermediário o molusco do gênero *Phyllocaulis* e roedores do gênero *Oligoryzomys*. Acidentalmente é capaz de parasitar os seres humanos. Existem casos relatados desde a América Central até a América do Sul, de forma prevalente no sul do Brasil ocorrendo na transição urbano-rural. Oeste de Santa Catarina e Paraná e norte do Rio Grande do Sul correspondem à maioria dos casos relatados de AA. Afeta tanto homens quanto mulheres, com predominância na faixa etária entre 30-49 anos. O *Angiostrongylus* ao parasitar o ser humano afeta principalmente as artérias mesentéricas e seus ramos, causando lesões no aparelho intestinal do tipo isquêmico ou pseudo-tumoral. Pode, também causar lesões nos testículos e fígado. O diagnóstico definitivo é realizado pela identificação de vermes, ovos ou larvas, em cortes histológicos das peças ressecadas nos casos complicados de AA. Na sorologia, o principal método utilizado é o ELISA. Em blocos parafinados de AA em humanos é possível utilizar a PCR para o diagnóstico definitivo, que tem alta especificidade. Microscopicamente, as principais alterações observadas são o intenso infiltrado eosinofílico predominantemente perivascular, granulomas vasculares e arterite eosinofílica. Nos infartos identificam-se trombos arteriais e nos pseudotumores

predominam os granulomas vasculares na submucosa da região cecal e colônica. Foram utilizados 15 camundongos Swiss infectados com 10 L3 de *A.costaricensis* divididos em 3 grupos de 5 camundongos e sacrificados em 15 dias pós infecção (dpi), 21 dpi e 28 dpi. O grupo controle foi representado por 5 camundongos não infectados. Nos grupos 15, 21 e 28dpi foram identificados respectivamente: periarterite eosinofílica em pâncreas (80%, 100% e 20%), estômago (60%, 60% e 20%), ID (80%, 100% e 100%) e IG (20%, 100% e 100%). A arterite eosinofílica esteve presente em pâncreas (20%, 0% e 0%), ID (0%, 80% e 100%) e IG (20%, 80% e 100%). A Trombose arterial em pâncreas (60%, 0% e 20%), estômago (20%, 0% e 0%), ID (0%, 0% e 20%) e IG (0%, 0% e 20%). Granulomas perivasculares em pâncreas (0%, 0% e 20%), esôfago (0%, 20% e 20%), estômago (0%, 40%e 20%), ID (0%, 80% e 100%) e IG (0%, 80% e 100%).

Conclusão Avaliou-se que no grupo 15 dpi predominam a periarterite eosinofílica e trombos no pâncreas e estômago. Nos grupos 21 e 28 dpi predominam a arterite eosinofílica e granulomas perivasculares em ID e IG. Essa distribuição provavelmente se deve a migração dos vermes adultos para a região ileocecal, onde liberam ovos, que são envolvidos por uma reação granulomatosa e infiltrado eosinofílico intensos.

Referências Bibliográficas Morera, p. & Cespedes, R. *Angiostrongylus costaricensis*.sp. (Nematoda: Metastrongyloidea), a new lungworm occurring in man in Costa Rica. *Rev. Biol.trop.*.(S.José) 18:173-185,1970. Rodriguez R, Da Silva ACA, Miller CA, Alves SL, Graeff-Teixeira C, Fornari F. PCR for the diagnosis of abdominal angiostrongyliasis in formalin-fixed paraffin-embedded human tissue. *PLoS One*. 2014; Rodriguez R, Dequi RM, Peruzzo L, Mesquita PM, Garcia E, Fornari F. Abdominal angiostrongyliasis: Report of two cases with different clinical presentations. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2008;



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Guilherme Soldatelli Teixeira Kurtz

E-mail do autor principal guilhermestkurtz@gmail.com

Nome Larissa Bianchini

Nome Flávia Cristina Marafon

Nome Mateus Picada Correa

Nome Jaber Nashat Saleh

Nome Giulia Dambros Malacarne

Nome Jaline Ribeiro da Silva

Nome João Vitor Longo

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título IMPACTO DO USO DE EXPRESSÕES SIMPLIFICADAS SOBRE DOENÇAS VASCULARES NA COMPREENSÃO DOS PACIENTES

Introdução A compreensão dos pacientes sobre sua própria patologia é essencial para adesão e tomada de decisão do tratamento. Considerando-se que muitos dos termos utilizados na explicação de doenças vasculares são bastantes específicos da área, pode ocorrer maior dificuldade no entendimento por parte dos pacientes. Esse estudo objetiva avaliar qual é o grau de compreensão da população leiga após aplicação de protocolo de explicação tanto de forma simplificada quanto técnica sobre doenças venosas e arteriais, bem como a criação de um questionário para analisar os resultados.

Desenvolvimento Foram selecionados indivíduos usuários do Ambulatório de Especialidades DA Universidade de Passo Fundo, junto ao Hospital São Vicente de Paulo, RS, durante maio e junho/2017. Foi criado um questionário com perguntas sobre as doenças vasculares mais prevalentes (trombose venosa e varizes e doença arterial periférica), sendo que cada resposta apresentava um determinado peso. Este questionário foi aplicado em usuários do ambulatório ou acompanhantes. A seguir, os interrogados foram randomizados para receber explicação sobre os principais aspectos dessas patologias com termos técnicos ou com expressões de uso diário entre a população leiga. Em segundo momento, o mesmo questionário respondido anteriormente foi reaplicado e os desempenhos entre os dois grupos, comparados. Foram analisados os resultados somados (soma final do questionário), bem como as respostas erradas e corretas isoladamente. Utilizou-se o teste t para comparação das variáveis quantitativas e resultados com $p < 0,05$ foram considerados significativos. O questionário foi aplicado em 41 pacientes, 75,6% do sexo feminino, com idade média de 45,6(17-75) anos. A maioria dos pacientes apresentava ensino fundamental incompleto(29%), médio completo(24%) ou fundamental completo(17%). Dezenove pacientes receberam a explicação técnica e 21, a leiga. Quando comparado o número médio de acertos e erros antes e após as explicações, não houve diferença significativa ($p=0,65$ e $p=0,352$, respectivamente). Analisando-se as respostas corretas antes

e após cada modalidade de explicação separadamente, houve melhora no número de acertos tanto na explicação leiga(11,73 vs 17 acertos, $p<0,001$) quanto na técnica (11,68 vs 18 acertos, $p<0,001$).

Conclusão Receber a explicação leiga ou técnica não interferiu no número de acertos no questionário. Contudo, na análise de cada subgrupo, houve acréscimo dos acertos antes e após os dois tipos de explicações. Além disso, constatou-se que o questionário criado pode ser utilizado com sucesso na avaliação da compreensão dos pacientes sobre as doenças vasculares mais prevalentes.

Referências Bibliográficas 1. Lerner EB, Jehle DVK, Janicke DM, Moscati RM. Medical Communication : Do Our Patients Understand ? Am J Emerg Med. 2000;18:764-766. 2. Nordby H. Medical explanations and lay conceptions of disease and illness in doctor–patient interaction. Theor Med Bioeth. 2008;29:357-370. 3. Muthu C, Chu JJ, Heron C Le, Roake JA, Lewis DR. Patient Awareness of Risk Factors for Peripheral Vascular Disease. Ann Vasc Surg 2007. 2007;21:433-437. 4. Mclafferty RB, Passman MA, Caprini JA, et al. Increasing awareness about venous disease : The American Venous Forum expands the National Venous Screening



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Gustavo Korssak Gonçalves

E-mail do autor principal gugakgoncalves@gmail.com

Nome Luciano de Oliveira Siqueira

Nome Dr. Leonardo Calegari

Nome Michelli Westphal de Ataíde

Nome Luiz Fernando Pedrotti

Nome Daiane Debona

Nome Francisco Jorge Schulz Junior

Nome Leonardo Biguelini

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título Indução de Infarto Agudo do Miocárdio em Ratos Wistar

Introdução O Infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma patologia de grande prevalência e morbimortalidade em todo mundo (GOLDMAN et al, 2014). A doença cardiovascular é responsável por quase metade de todas as mortes nos Estados Unidos, sendo que 250.000 mortes por ano sejam relacionadas com o IAM e metade delas ocorrem dentro da primeira hora do início dos sintomas e antes que os pacientes cheguem ao hospital (GOLDMAN et al, 2014). O IAM é também o maior responsável por provocar a Insuficiência cardíaca que causa uma grande morbimortalidade (GOLDMAN et al, 2014). Portanto, o presente trabalho tem o objetivo de mimetizar o IAM em um modelo animal (Ratos Wistar) através da técnica de ligadura de artéria coronária esquerda, para assim podermos estudar e buscar alternativas que diminuam os efeitos deletérios do IAM melhorando assim a qualidade de vida de pessoas que possam sofrer com tal evento cardiovascular.

Desenvolvimento 8 ratos da raça wistar foram submetidos à oclusão da artéria coronária esquerda, na qual 2 ratos sobreviveram à cirurgia e ao pós cirúrgico. Para realização do procedimento cirúrgico, os animais foram pesados e anestesiados com cloridrato de Cetamina (70 mg/kg) e Diazepam (0,5mg/kg) por via intramuscular. Em seguida, foram posicionados em decúbito dorsal e entubados por via orotraqueal com um cateter periférico intravenoso (Gelco-16G), para manutenção anestésica com isoflurano vaporizado com oxigênio 100% em sistema aberto. Com acesso no 5º espaço intercostal e ventilação assistida, o pericárdio foi seccionado e o átrio esquerdo afastado para visualização da artéria coronária esquerda que foi ligada com um fio mononylon 6.0, provocando a isquemia miocárdica. Após a ligadura da coronária (LAC), a incisão torácica foi fechada utilizando-se fio mononylon 5.0, em 2 planos com contínuo simples, o pneumotórax drenado mediante a sucção do ar com um sistema de aspiração com escalpe, cânula e seringa de 10ml. Para reduzir os efeitos algícos e inflamatórios após os procedimentos cirúrgicos foi administrado Tramadol (4mg/kg) por via subcutânea a cada 8 horas durante 48 horas. Como profilaxia para infecções, foi administrada dose única de Penicilina (20.000

unidades). Após o procedimento os animais tiveram os devidos cuidados, com alimento e água à vontade e após 24h (grupo 1) e 14 dias (grupo 2) foram anestesiados e eutanasiados, onde determinou-se o peso do coração, pulmão direito e fígado seguido de análise histopatológica. Na comparação com o grupo controle foi notado um significativo aumento do peso relativo do coração e pulmão direito do grupo 1. Já o grupo 2 teve o peso relativo do coração maior que o grupo controle não havendo aumento do pulmão direito. Esse aumento cardíaco sugere remodelamento e sucesso cirúrgico.

Conclusão O aumento do peso cardíaco, pulmonar e hepático, bem como a presença macroscópica de necrose indicam remodelação pós infarto cujo procedimento em modelo animal é conhecido mas inédito em nossa instituição. Este são resultados preliminares de um estudo piloto, cujo sucesso obtido será refinado mediante continuidade do estudo com ampliação do "n" amostral e análises de marcadores histopatológicos.

Referências Bibliográficas GOLDMAN L., AUSIELLO D. Cecil: Medicina. 24ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Vol I e II.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal IARA DALL AGNOL TREVIZAN

E-mail do autor principal lara_dallagnol@hotmail.com

Nome ANA CAROLINA CARVALHO SPODE

Nome CASSIANO MATEUS FORCELINI

Nome CRISTIANE BARELLI

Nome JÚLIA DAL BELLO BRUSCHI

Nome MATHEUS HENRIQUE BENIN LIMA

Nome RODRIGO ALBERTON DA SILVA

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título A MÚSICA COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Introdução Por definição, humanização significa tornar humano. Na relação médico-paciente(RMP) a importância desse princípio é valorizar o ser humano e sua essência, respeitando a autonomia e individualidade, concomitante à construção de um ambiente acolhedor que seja a sede de uma comunicação repleta de sorrisos, abraços e empatia. Para que haja bem estar integral, o cuidado com o paciente deve receber tanta importância quanto a cura de sua doença, o que muitas vezes é deixado de lado pela educação/prática médica contemporânea. Com o objetivo de qualificar o cuidado os projetos de extensão “Sorriso Voluntário” e “Estetoscópio Musical”, utiliza-se da música e esse relato apresenta os resultados alcançados no ano de 2016 tanto para os extensionistas, como para o público beneficiado.

Desenvolvimento Esse relato foi elaborado a partir das reflexões dos extensionistas à luz da Política HumanizaSUS, com uma abordagem sobre a importância da música na interação com as pessoas, na RMP e na transformação do ambiente hospitalar. O projeto Estetoscópio Musical: Intervenções Humanísticas utiliza a música como uma expressão artística capaz de atuar na promoção da saúde. Com encontros mensais e foco no público da terceira idade do Centro de Referência e Atenção ao Idoso, acadêmicos e profissionais da saúde abordam conhecimentos sobre qualidade de vida e saúde. Tal atitude perderia seu impacto se não fosse pelo uso da música como elemento sensibilizador e estimulador das atividades. A partir de diferentes gêneros e instrumentos musicais, o projeto procura alcançar maior efetividade e atratividade nos encontros. No Sorriso Voluntário a música é utilizada com o objetivo de abordar temas relevantes na promoção da saúde e segurança do paciente, a exemplo da higienização das mãos e prevenção de quedas. Também é utilizada como forma de entretenimento para amenizar a angústia e o sofrimento dos pacientes e familiares que se encontram no hospital. A música é essencial na interação e comunicação sensível entre os extensionistas e os pacientes, indo ao encontro do lema que norteia o projeto, a “alegria do cuidar”.

Para o paciente, a música consiste em meio de disseminar momentos de alegria, conforto e emoção. As pessoas que interagem com os extensionistas constroem sentimentos de esperança, pela quebra da rotina hospitalar em prol da diferente perspectiva do cuidar. Ao sensibilizar um paciente através de melodias foca-se apenas no indivíduo, e não sua doença, fato que possibilita, por meio de um sorriso, vivenciar momentos de felicidade. Sem dúvida, a música exerce um papel fundamental do ponto de vista do estudante, pois atua de forma múltipla no indivíduo: é um meio de aliviar a tensão e a exigência dos estudos, alternativa para expressar seus sentimentos mais reclusos, e uma forma de entretenimento/hobby. Mais do que uma prática de mecânica de instrumentos, com variáveis timbres e tecnologias de funcionamento, a música é qualidade de vida, uma prática simples e cativante de realização individual. Nos dois projetos, o estudante experimenta empatia, estimulando a comunicação sensível e uma formação mais humanizada. A extensão transcende os objetivos curriculares do curso, os quais, por vezes, supervalorizam os saberes técnicos e abstraem o lado afetivo da profissão, qualificando a RMP. Desse modo, ao participar dos projetos, torna-se possível superar as expectativas, uma vez que a prova da humanização acontece quando olhamos para o outro e, então, podemos vivenciar um mundo inteiro no sorriso de alguém. Ou seja, atuar nesses projetos é não se sentir em vão, visto que, o que realmente faz da Medicina uma ciência humana, está presente na conexão entre escutar, compreender e cuidar, embalados em uma bela melodia.

Conclusão A música traz benefícios à RMP, pois melhora o estado psicológico e biológico, promove o bem-estar das pessoas cuidadas. Para o acadêmico de medicina gera o desenvolvimento de confiança, de identidade médica, humanizando relações. Gera um sentimento de satisfação por ajudar outras pessoas e perceber sua gratidão e felicidade, representados por um simples “obrigado” e um sorriso caloroso.

Referências Bibliográficas BACKES, D.S. A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, RS. LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. Saude soc., São Paulo, v.23, n.1, p.265-276, mar.2014. KHAN WU, MOSS H. Increasing Public Health Awareness of and Capacity for ArtsBased Therapy in Medicine. JAMA Neurol. 2017. MACLAREN G. Music and medicine. Intensive Care Med. 2014;40(5):738-739. ZOBOLLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. Saúde Coletiva, São Paulo, v.4, n.17, p.158-162, 2007.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Isadora Ferraz dos Santos

E-mail do autor principal isadoraferraz8@gmail.com

Nome Anna Luiza Frazzon Teixeira

Nome Bruna Bonamigo Thomé

Nome Estevão Ferreira Marques

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título ANEURISMA DE TRONCO CELÍACO – UM RELATO DE CASO

Introdução O aneurisma de tronco celíaco (ATC) é uma doença rara, o qual compreende apenas 4% dos aneurismas de artéria visceral e possui incidência estimada de 0,01%¹. Geralmente o ATC está associado a outros aneurismas, como o de aorta, de artérias renais, poplíteas e femorais. Os principais fatores de risco associados a essa doença são aterosclerose, displasias fibromusculares, dilatação pós-estenótica e trauma. O tratamento endovascular do ATC é recomendado para sacos aneurismáticos maiores que 2 cm, pois há maior probabilidade de ruptura².

Desenvolvimento Caso clínico: Paciente JPS, 57 anos, masculino, internou no Hospital de Caridade de Santa Maria com queixa de dor lombar à esquerda. Relata que a dor iniciou há 7 dias com irradiação para o saco escrotal e possuía caráter intermitente. Sem fatores atenuantes, agravantes ou acompanhantes. Durante a investigação, foram encontrados, na tomografia de abdômen total, sinais de litíase em ureter esquerdo, próximo à bexiga. Ainda, no laudo radiológico, constava a presença de ATC. Assim, o paciente foi encaminhado ao setor da Cirurgia Vasculár, onde lhe foi solicitado uma angiotomografia (TC) contrastada de aorta e seus ramos, que ratificou o diagnóstico de ATC sacular de provável etiologia displásica, medindo cerca de 2,2cm, e linha de dissecação. Após ampla revisão da literatura, decidiu-se por tratamento endovascular com colocação de coils em saco aneurismático e stent recoberto (Viaban) no TC para cobrir linha de dissecação. No seguimento, o paciente foi medicado com Clopidrogrel 75mg e AAS 100mg por 3 meses. Após 1 mês, foi realizado controle de endoprótese com tc, a qual demonstrou sucesso no procedimento. Atualmente se encontra utilizando apenas AAS 100mg como dose de manutenção. **Discussão:** O ATC é uma doença que, frequentemente, mostra-se assintomática, sendo diagnosticado ocasionalmente por exames de imagem. Contudo, quando sintomática, apresenta sinais vagos como, dor abdominal, náuseas e vômitos, sendo de extrema importância este ser apontado como possível diagnóstico diferencial de queixas abdominais, pois, quando roto, sua mortalidade pode chegar a 100% dos casos. O tratamento do ATC pode ter duas vias: endovascular ou cirúrgica. Características da lesão, sua localização, qualidade da circulação colateral e das condições do paciente, determinarão por qual método se optar³. Atualmente, o tratamento endovascular com técnica de embolização aneurismática com colocação de stents recobertos tem-se

mostrado promissor, pois o risco de trauma é menor, e a recuperação do paciente ocorre de forma mais rápida.

Conclusão Dessa forma, dada a raridade do ATC e frequente assintomatologia ou presença de sintomas inespecíficos, tal patologia normalmente não é elencada como hipótese diagnóstica na prática clínica, sendo normalmente diagnosticada de forma acidental em exames de imagem. Ainda, devido à significativa taxa de mortalidade, quando roto, é importante identificar o ATC e manejá-lo de forma adequada.

Referências Bibliográficas 1- CARR, SC. , et al. Current management of visceral artery aneurysms. Surgery 1996. n. 120, p. 627. 2- HAIMOVICI'S. Vascular Surgery. 2013. v. 2, n. 54, p. 696 3- MAFFEI, F. Doenças Vasculares Periféricas. 2016. v. 2, n. 118, p. 1555-1556



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Josias Vinícius Scaravelli

E-mail do autor principal josiasvscaravelli@gmail.com

Nome Francesco Wancher Borba

Nome Josieli Berticelli Cerini

Nome Gabriela Bartzen Pereira

Nome Simone Reis

Nome Raquel Giacomini Navarros

Dados do trabalho

Categoria Pediatria

Título Relato de caso: sequestro esplênico em paciente portador de síndrome falciforme S betatalassemia

Introdução As hemoglobinopatias constituem um grupo extremamente heterogêneo de distúrbios da formação das hemoglobinas, variando desde doenças com complicações e manifestações clínicas logo ao nascimento à apenas traços genéticos sem qualquer repercussão clínica. Dentro desse grupo, apresentaremos um relato de caso da s beta zero talassemia, uma variante das síndromes falciformes, cuja importância de conhecer essa patologia decorre do fato de suas crises caracterizarem situações de emergências médicas, necessitando uma intervenção imediata e que todo médico emergencista ou não necessita saber realizar à abordagem inicial e também nas graves complicações à longo prazo, que o médico clínico geral certamente confrontará em algum momento.

Nesse relato apresentamos um paciente portador de s beta zero talassemia com um quadro de sequestro esplênico que é incomum nessa variante de síndrome falciforme. No Brasil, a prevalência dessa doença é de aproximadamente 1:25.000 pessoas.

Desenvolvimento Paciente do sexo masculino, 5 anos, caucasiano, acompanhado pelos pais, segundo relato do pai, paciente iniciou com quadro de dor em hemitórax direito há 5 dias, foi levado ao pronto atendimento de sua cidade e liberado com medicação sintomática. No dia seguinte teve piora do quadro de dor e encaminhado para cidade mais próxima, onde foi realizado raio x de tórax que evidenciou quadro de pneumonia, sendo estabelecido tratamento com ceftriaxona. Permaneceu internado por 2 dias, retornando ao hospital por quadro devômitos. Foram realizados exames laboratoriais que evidenciaram hemoglobina de 3,8g/dL, motivo pelo qual foi encaminhado para hospital de referência. Paciente apresentava-se prostrado e inapetente, nega tosse, coriza e febre, sem outras queixas, hábito intestinal e urinário preservados. Em sua história médica pregressa, foi diagnosticado através do Teste do Pezinho e com posterior investigação clínica com s beta-zero talassemia, segundo relato do pai, os níveis basais de Hb do paciente situam-se em torno de 8-9g/dL, realiza acompanhamento clínico desde o nascimento. Nunca necessitou realizar hemotransfusão, nega internações prévias e faz uso profilático de ácido fólico 5mg, 1x/night e amoxicilina 2,5mL de 12/12h. Ao exame físico, regular estado geral, pálido, reativo ao exame, pouco choroso mas colaborativo. Sinais

vitais na chegada: T: 35,4°; Fc: 149bpm; Fr: 60ipm; Sat. O2: 98% com máscara facial e O2 à 5L/min; PA 108/75mmHg; HGT: 93mg/dL. Perfunção difícil de ser avaliada pela palidez, mas em extremidades de membros superiores adequada, pulsos amplos e palpáveis nos quatro membros. Ausculta pulmonar com a presença de murmúrio vesicular rude, sem ruídos adventícios, taquipneico com esforço respiratório discreto; abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, depressível, palpo hepato-esplenomegalia importante, dor difusa à palpação, demais sistemas sem particularidades. Foi realizado 1 bolsa de CHAD na emergência, paciente internou para tratamento do quadro de pneumonia com ceftriaxona por 7 dias, US de abdome evidenciou hepatoesplenomegalia, colecistite aguda e derrame pleural à esquerda, após o tratamento da pneumonia e com Hb de 9,2g/dL realizou vídeo colecistectomia e esplenectomia no mesmo tempo cirúrgico sem intercorrências. No 2º dia de pós-operatório paciente evoluiu com novo quadro de pneumonia, foi realizado tazocin por 7 dias associado à vancomicina por 10 dias. Paciente apresentou melhora laboratorial e clínica recebendo então alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. A S beta zero talassemia é umas das variantes das síndromes falciformes, em que o indivíduo apresenta talassemia beta menor e o traço falcêmico. No caso relatado, o indivíduo adquiriu o gene da talassemia beta menor de seu pai e de sua mãe o traço falcêmico. Apresentação habitual da S beta talassemia é na forma branda, assintomática, com momentos de crise usualmente desencadeados por processos infecciosos como no caso relatado.

Conclusão É de extrema importância conhecer e acompanhar um caso como o da síndrome falciforme S beta zero talassemia. A anemia falciforme é a hemoglobinopatia mais prevalente na população em geral, no entanto suas síndromes falcêmicas, hemoglobinopatias que mimetizam a anemia falciforme, possuem peculiaridades próprias e algumas manifestações clínicas com caráter de emergência, como o sequestro esplênico.

Referências Bibliográficas 1- ZAGO MA. Considerações gerais sobre doenças falciformes. In: Manual de diagnósticos e tratamento das doenças falciformes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002; 9-11. 2- WATANABE AM, et al. Prevalence of hemoglobina S in the State of Parana, Brazil, based on neonatal screening. Rep. public health, v.24, n.5, p.993-1000, 2008. 3- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sick cell anaemia. Report by the secretariat, Executive Board 117th session, 2005; 5f. 4- FURTADO, Alexandre Neves. Estudo do perfil dos pacientes portadores de Síndromes Falciformes acompanhados no Serviço de Hematologia do Centro Estadual de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo (HEMOES). Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 16(4): 105-112, out-dez, 2014.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal JULIANA SAIDELES DA SILVEIRA

E-mail do autor principal julianasaideles@gmail.com

Nome Bruna Maiara Ciechanowski Nogueira

Nome Aline Carin Costa Picolo

Nome Jaqueline Aparecida da Silveira

Nome Juliana Fatima Cipriani

Nome Tarso Saideles Pizarro

Nome Rafaela Luma da Silva Bettega

Nome Luisa Antunes Pedrazani

Dados do trabalho

Categoria Pediatria

Título PANCREATITE AGUDA PÓS TRAUMÁTICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

Introdução A pancreatite aguda é uma patologia que causa lesão do parênquima pancreático, levando a inflamação, edema e necrose. É considerada pouco frequente em crianças, porém tem se observado o aumento de sua incidência. Estudos recentes estimam que nos Estados Unidos essa patologia situa-se entre 3,6 a 13,2 casos de PA por 100 mil crianças anualmente(1). Apesar do interesse crescente nesta patologia em idade pediátrica, pouco se sabe ainda sobre a sua história natural e a maioria das normas de orientação clínicas de diagnóstico e tratamento são extrapoladas dos adultos. A pancreatite aguda de etiologia traumática representa de 10 a 40% o total de quadros de pancreatite aguda (PA). Na pediatria, ela pode ser secundária a acidentes automobilísticos, e esportivos, atropelamentos, quedas e abuso sexual(2). É rara a ocorrência de lesão pancreática isolada por um trauma abdominal fechado, e ela pode se manifestar com uma sintomatologia pobre(3). Isso, muitas vezes, leva a um diagnóstico tardio.

Desenvolvimento Paciente feminina, 9 anos, 27 kg, previamente hígida, encaminhada da cidade natal por dor em abdome superior de forte intensidade irradiada para dorso e alteração da amilase. Quadro iniciado há 1 dia, após trauma em abdome superior ao cair da bicicleta. Acompanhado de náuseas e vômitos e pouca aceitação de dieta via oral. Sem outras queixas. Nega utilização de outras medicações. Ao exame físico se encontra em regular estado geral, ativa, corada, hidratada, afebril. Abdome plano, simétrico, timpânico, RHA presentes, doloroso a palpação difusa, sem visceromegalias palpáveis. HGT 98, amilase 1513, lipase 2910, TGO 46, TGP 50, VSG 20, HB 14.1, PCR 141,6, leucócitos 11.000. US abdominal: pâncreas evidencia área hipocogênica de permeio no seu interior sugerindo hematoma. Nota-se ainda líquido circunjacente ao mesmo compatível com histórico de trauma. Achados sugestivos de pancreatite aguda. TC abdômen evidenciou fratura da transição da cabeça/corpo pancreático (Imagem 1). Evoluiu com melhora do quadro clínico geral, melhorando significativamente da dor, aceitando dieta VO e com diminuição dos níveis de lipase 335 e amilase 465 (21/03). Permaneceu internada em observação, porém, dia 27/03 teve novamente aumento das enzimas lipase 1390 e amilase 928, sendo encaminhada para cirurgia pediátrica. Paciente realizou Pancreatectomia corpo caudal, com

preservação do baço dia 30/03. Teve boa evolução pós-cirúrgica, com melhora das enzimas (amilase 127 e lipase 129), recebendo alta hospitalar dia 08/04.

Conclusão Apesar da PA ser complicação pouco frequente de traumas abdominais infantis fechados deve-se considerar o diagnóstico precoce e o manejo adequado. Além disso, a dificuldade e o atraso diagnóstico podem contribuir para possível maior morbidade de crianças com PA traumática. Nesses quadros, a conduta indicada é reposição volêmica, analgesia e nutrição adequada, visando reduzir a morbidade associada.

Referências Bibliográficas 1-1. Abu-El-Haija M, Lin TK, Palermo J. Update to the management of pediatric acute pancreatitis: Highlighting areas in need of research. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014;58:689-93 2- DEFINITIONS OF PEDIATRIC PANCREATITIS AND SURVEY OF CURRENT CLINICAL PRACTICES: REPORT FROM INSPPIRE (INTERNATIONAL STUDY GROUP OF PEDIATRIC PANCREATITIS: IN SEARCH FOR A CURE). [S.l.]: J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2012. 3- ACUTE PANCREATITIS: REVIEW OF CONCEPTS AND MANAGEMENT. Simpósio: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DIGESTIVAS: [s.n.],



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Larissa Belke

E-mail do autor principal larissabelke@hotmail.com

Nome Camilla Albina Zanco Fogassa

Nome Claudia Cristina Lovatel

Nome Henrique Mezzomo Pasqual

Nome Isabella Kern Arendt

Nome Jaline Ribeiro

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título RELATO DE CASO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL

Introdução Paciente Masculino, 47 anos, natural e procedente de Marau, foi encaminhado à emergência do HSVP referindo dor abdominal de forte intensidade, de localização difusa, acompanhada de náuseas, vômitos e constipação. Etilista (3 garrafas de destilado por dia) e tabagista (3 maços/dia), também relata ter perdido força dos membros inferiores há 3 meses. No momento realizava tratamento empírico para tuberculose, iniciado em UBS. Ao exame físico: REG, PA: 150/80 mmHg, afebril, emagrecido, com atrofia muscular generalizada, mais evidente em membros inferiores (MMII). Cardiorrespiratório: diminuição de murmúrios vesiculares e estertores crepitantes difusos. RR2T, BNF e ausência de sopros. No abdome apresentava circulação colateral, hipertimpanismo à percussão e dor à palpação superficial e profunda difusa. MMII: paraplegia flácida, reflexo cutâneo plantar positivo e arreflexia. Perda do controle esfinteriano.

Desenvolvimento Após o controle dos sinais vitais e analgesia, foram solicitados TC de Tórax e de Abdome, bem como RNM de coluna dorsal e lombar. As TCs demonstraram áreas de escavação pulmonar e distensão de alças intestinais, áreas hipodensas bilaterais em rins e ateromatose em aorta e artérias ilíacas. A RNM mostrou lesão tumefativa em nível de T11/T12 de etiologia indeterminada. O paciente evoluiu com piora do nível de consciência, hipotensão (80/50 mmHg) e taquicardia. Nova TC demonstrou coleção fecal, pneumoperitônio, presença de líquido livre na pelve e múltiplas áreas de hipoperfusão do fígado, rim e baço. Foi então indicada Laparotomia Exploratória, e realizou-se hemicolectomia direita, com ressecção de íleo e cólon ascendente, com envio de material para análise anatomopatológica (AP). No entanto, a cirurgia não foi completada devido à instabilidade hemodinâmica, e o indivíduo foi realocado para leito em CTI, onde permaneceu sob ventilação mecânica. Realizou nova intervenção cirúrgica em 48h, enterectomia com ressecção de íleo proximal isquemiado, com confecção de jejunostomia e novo AP. Indivíduo permanece em CTI e evoluiu com convulsões consecutivas durante dois dias, sem achados de lesões em TC de crânio, que foi tratada com carbamazepina. Um dia após, é emitido o laudo AP, com diagnóstico de Paracoccidiodomicose Intestinal. Numa investigação de antecedentes de análises Anatomopatológicas, evidenciou-se que há 1 ano o paciente apresentou AP sugerindo paracoccidiodomicose pulmonar. O paciente evoluiu com o quadro de convulsões e acaba indo a óbito no mesmo dia, antes de início do tratamento. A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica e endêmica em

países da América Latina, causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. A micose é mais prevalente em indivíduos com mais de 30 anos, sendo os homens mais comumente afetados do que as mulheres (15: 1). O pulmão é o órgão mais frequentemente acometido, cerca de 80 a 90% dos casos. Já a PCM intestinal é mais rara e as lesões são mais comuns nos locais mais ricos em tecido linfóide, como o íleo terminal, o apêndice e o hemicólon direito, e parece ser mais comum nas regiões sudeste e centro-oeste do Brasil. A infecção por *P. brasiliensis* ocorre pela via respiratória, e é dos pulmões e dos linfonodos mediastinais que a disseminação ocorre no intestino, onde causam lesões em linfonodos superficiais e profundos. As manifestações clínicas incluem dor epigástrica e diarreia por várias semanas até vários meses, além de náuseas, vômitos e distensão abdominal. Os achados radiológicos podem ser sugestivos, mas não confirmam o diagnóstico da doença. O padrão ouro para o diagnóstico de PCM é o encontro de elementos sugestivos de *P. brasiliensis* em exame a fresco de escarro ou fragmento de biópsia de órgãos supostamente acometidos. O tratamento específico para a forma intestinal inclui terapia antifúngica, considerado o Itraconazol como medicamento de escolha, com efetividade relatada de 95%.

Conclusão O relato acima revela a importância de uma investigação semiológica detalhada, sobretudo no que tange ao histórico pessoal de diagnósticos, procedimentos clínico-cirúrgicos e de episódios infecciosos prévios, que determinarão uma abordagem terapêutica mais acurada e melhores desfechos clínicos.

Referências Bibliográficas GOLDANI, Luciano Z.. Gastrointestinal Paracoccidioidomycosis. *Journal Of Clinical Gastroenterology*, [s.l.], v. 45, n. 2, p.87-91, fev. 2011. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).. DUANI, Helena et al. Bilateral paracoccidioidomycotic iliopsoas abscess associated with ileo-colonic lesion. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, [s.l.], v. 45, n. 5, p.649-651, out. 2012. FapUNIFESP (SciELO) GAVA, Priscila et al. Intestinal and appendiceal paracoccidioidomycosis. *Radiologia Brasileira*, [s.l.], v. 48, n. 2, p.126-127, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO)



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal LARISSA DAIANE MICHELON DAL PIVA

E-mail do autor principal larissadalpiva@hotmail.com

Nome Nicolas Lazaretti

Nome Bianca Lopes Barbarioli

Nome Daniela Schwingel

Nome Leandro Lenzi Pacheco

Nome Likian Canal

Nome Luaciane Donato

Nome Maiara Christine Macagnan

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título LIPOSSARCOMA PLEOMÓRFICO: A VISÃO CLÍNICA DE UMA RARA NEOPLASIAMAMÁRIA.

Introdução Os sarcomas mamários são raros, de histologia heterogênea e origem no tecido conjuntivo, representando pouco mais de 1% de todas as neoplasias malignas da mama [1]. Pertencem a este grupo de neoplasias o tumor phyllodes maligno, carcinossarcomas e um grupo heterogêneo de sarcomas, no qual se inclui o lipossarcoma [2]. Os sarcomas de mama tendem a se disseminar por invasão local direta ou hematogênica, sendo o envolvimento de linfonodos regionais rara [3]. A incidência de disseminação linfática é de 5% ou menos, e linfadenectomia não parece melhorar os resultados de sobrevida. A alta taxa de recorrência local após cirurgia sozinha fornece a justificativa para radioterapia pós-operatória, no entanto o seu benefício para o tratamento de sarcomas de mama primário ainda é controverso. Assim sendo, este relato tem como objetivo a melhor compreensão da caracterização e dinâmica do lipossarcoma pleomórfico, dada a sua raridade e complexidade.

Desenvolvimento Relato do caso: Feminina, 51 anos, solteira, gesta zero, menarca aos 15 anos, menopausa há 2 anos devido a histerectomia por leiomioma. História familiar de mãe com melanoma cutâneo. Paciente referiu dor em mama direita depois de trauma leve ocorrido em junho de 2016. Após 2 meses, procurou atendimento médico por não apresentar melhora dos sintomas, além de perceber a presença de nódulo na mama direita durante a auto palpação. Iniciou-se a investigação com Mamografia digital e Ultrassom (US) mamário, que revelaram grupo de cistos e microcistos, em quadrante ínfero-lateral da mama direita, com 0,6cm. Material foi enviado para biópsia e como resultado diagnóstico, alterações fibrocísticas. Continuou-se acompanhamento do nódulo sólido, ovóide, circunscrito, hipoecogênico, de 0,5cm na união dos quadrantes inferiores da mama direita às 6h - BI-RADS 3. Em 2017, após estabelecer, em novo exame, o nódulo como BI-RADS 4B, optou-se por realizar Core Biopsy guiada por US. Recomendou-se mastectomia radical com esvaziamento axilar. Após realização da cirurgia, o anatomopatológico obteve como resultado neoplasia fusocelular de 5,0x4,7cm, com presença de 40 mitoses/ 10CGA e de 20% de necrose tumoral. Não se observou invasão angiolinfática e perineural. Solicitado imuno-histoquímica com positividade para CD-34 e S100, o que sugere diagnóstico

de Lipossarcoma Pleomórfico, sendo confirmado em um segundo laboratório de apoio. Posteriormente, a paciente foi encaminhada para radioterapia adjuvante. Discussão: O Lipossarcoma Pleomórfico de mama é prevalente entre a 5ª e 6ª década de vida [3], e por ser uma neoplasia rara, muitas vezes, é diagnosticado com dificuldade. Isso gera ansiedade da equipe médica em tratar um tumor agressivo e de crescimento rápido, representado por um grupo bastante heterogêneo de neoplasias. A distinção entre Tumor Phylloides maligno com o estroma Lipossarcomatoso e o puro lipossarcoma primário pode ser difícil na avaliação citológica, dependendo tanto da composição celular como da amostra. A citologia do tumor phylloides maligno com lipossarcoma baseia-se na presença de componentes dos ductos benignos e lipoblastos atípicos. A subtipagem de lipossarcoma consiste de células arredondadas, mixoides, bem diferenciadas e do tipo lipossarcomas pleomórficos [3]. A ressecção com margens amplas, sem esvaziamento axilar, é o principal tratamento instituído. A quimioterapia adjuvante não mostrou benefício significativo de sobrevida, exceto quando a ressecção era incompleta [4]. A sobrevida livre de doença, para sarcomas de mama em 5 anos, varia de 44% a 66%, e a sobrevida global, em 5 anos, está entre 49% a 67%. O prognóstico para os sarcomas de mama é dependente do grau histológico e do tamanho do tumor [3]. O tumor metastático isolado e limitado ao pulmão pode ser potencialmente ressecado para cura, e também, é recomendado acompanhamento frequente, pois mais de 80% das recorrências serão detectadas durante esse período.

Conclusão Por ser uma doença rara, a maioria das publicações são de relatos de casos isolados, dificultando, assim, a melhor caracterização dessa doença. Não há estudos prospectivos randomizados. Dessa forma, relatos que falam sobre pacientes com a mesma patologia tornam-se relevantes quanto a possibilidade de elucidar melhor a suspeita diagnóstica e estabelecer condutas terapêuticas mais precisas.

Referências Bibliográficas 1. Ben Hassouna J, Damak T, Gamoudi A, et al. Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. *Am J Surg.* 2006;192:141–147. 2. Custódio S, Saleiro S, Dias M, Oliveira CF. Sarcoma da mama: avaliação de uma série de 11 casos. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2007;1(1):15-8. 3. By L, Zelek, A, Llombart-Cussac, P, Terrier, X, Pivot, J.M, Guinebretiere, C, Le Pechoux, T, Tursz, F, Rochard, M, Spielmann, and A. Le Cesne: Prognostic Factors in Primary Breast Sarcomas: A Series of Patients With Long-Term Follow-Up. *J Clin Oncol* 21:2583-2588. 4. Adem C, Reynolds C, Ingle JN, Nascimento AG. Primary breast sarcoma: clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. *Br J Cancer.* 2004;91(2):237.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal LARISSA DAIANE MICHELON DAL PIVA

E-mail do autor principal larissadalpiva@hotmail.com

Nome Bianca Lopes Barbarioli

Nome Liara Camila Tusset

Nome Luciane Donato

Nome Luís Alberto Schlittler

Nome Maiara Christine Macagnan

Nome Patrícia Pacheco

Nome Daniela Schwingel

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título NEOPLASIA PRIMÁRIA DE CÓRTEX DA SUPRARRENAL

Introdução O carcinoma suprarrenal é uma doença maligna endócrina rara e de caráter agressivo, apresentando prognóstico reservado. O diagnóstico e o tratamento deste tumor são desafiadores[1]. A dificuldade acerca de tal neoplasia está em ser diagnosticada em estágios avançados, e sua baixa incidência dificulta o conhecimento aprofundado da patologia inicial e o desenvolvimento de novas técnicas capazes de realizar o diagnóstico precoce e tratamentos mais adequados. Podendo apresentar-se de forma funcionante ou não-funcionante, a avaliação hormonal é fundamental na escolha do seguimento, e atualmente a ressecção cirúrgica tem sido o tratamento de escolha para tumores localizados, a citorredução em casos avançados e a quimioterapia em doença metastática. O objetivo deste relato é compreender melhor a dinâmica da ocorrência da neoplasia primária de córtex da suprarrenal, analisando suas características e apresentação com intuito de contribuir com o melhor conhecimento de tal doença.

Desenvolvimento Masculino, 61 anos. Procurou atendimento médico devido ao quadro clínico de dor em hipocôndrio direito, há dois meses, e perda ponderal de 5kg. Iniciou-se investigação com Raio-x de tórax, o qual revelou nódulos pulmonares de etiologia indeterminada. Então, foi solicitado RM de tórax que apresentou formações nodulares sólidas distribuídas ao longo do parênquima, sendo a maior medindo 1,3x1,2cm, localizada no lobo inferior esquerdo. Para estadiamento, também, realizou-se TC de abdôme, e evidenciou fígado apresentando diversos nódulos hipodensos com realce anelar, o maior no lobo hepático esquerdo de 6,8cm. Na topografia da adrenal direita havia volumosa lesão heterogênea com área central de necrose de 18,3x13,3cm. Como resultado da biópsia hepática, carcinoma metastático. A Imuno-histoquímica foi realizada e favoreceu o diagnóstico de neoplasia primária do córtex dasuprarrenal. Discussão: O carcinoma de suprarrenal é raro, correspondendo a 0,02% de todas as neoplasias, acomete mais mulheres, com picos de incidência antes dos cinco anos, e na quarta e quinta décadas de vida. A apresentação é variável e, geralmente, quando diagnosticada a doença se apresenta em estágio avançado. A taxa de sobrevida global em 5 anos varia

entre 20% e 45%. São classificados em funcionantes ou não funcionantes, sendo que, os primeiros secretam principalmente cortisol levando a síndrome de Cushing. Além disso, podem secretar androgênios, estrogênios e, raramente, aldosterona, por isso, é necessária avaliação hormonal para o diagnóstico e para o seguimento no pós-operatório. O tratamento de escolha, em tumores localizados, é a ressecção cirúrgica e, em doença avançada, a citorredução. Essa é uma opção que pode melhorar a qualidade de vida do paciente, principalmente, quando o tumor é do tipo funcionante. Em doença metastática, a quimioterapia com mitotano está indicada em associação com a cirurgia ou isoladamente.

Conclusão Devido à baixa incidência e estágio avançado da doença, na maioria dos casos, tem sido difícil adquirir experiência no diagnóstico e no tratamento desses tumores. Portanto, é de extrema importância conhecer novos casos e novos estudos, para aperfeiçoar o tratamento e identificar as características dessa doença em busca de um diagnóstico mais precoce e de um seguimento adequado.

Referências Bibliográficas 1- JONKER, P.K.C. et al. Epigenetic dysregulation in adrenocortical carcinoma, a systematic review of the literature. *Molecular and Cellular Endocrinology*, Elsevier, Ago. 2017.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Lucas Grumann Bernardon

E-mail do autor principal lucasbernardon@hotmail.com

Nome Persio Ramon Stobbe

Nome Ricardo Tobias Gradaschi

Nome Tamaris Fior

Nome Matheus Ramos

Nome Raquel Erbice Durgante

Nome Brenda Gobetti

Nome Jaqueline Aparecida da Silveira

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título TUMOR NEUROENDÓCRINO RARO E SUBDIAGNOSTICADO: UM RELATO DE FEOCROMOCITOMA

Introdução O feocromocitoma é um tumor raro da medula adrenal, produtor de catecolaminas,¹ geralmente benigno, mas pode ser maligno em 18% dos casos.² Tem incidência em 2 a cada 8 milhões de pessoas por ano, estando presente em 0,1 a 1% dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS).¹ Geralmente acomete pacientes entre a terceira e quinta década de vida.¹ As manifestações clínicas desse tumor ocorrem quando há liberação das catecolaminas, principalmente epinefrina e norepinefrina, no sangue do paciente, geralmente com comportamento paroxístico, e costumam ser: HAS, cefaleia, sudorese, palpitações, palidez, tremor.² O diagnóstico é feito pelas dosagens das catecolaminas séricas e urinárias, aliadas a métodos de imagem, como ultrassonografia e tomografia computadorizada (TC) das glândulas adrenais.¹ O tratamento curativo é cirúrgico, com uma taxa de recorrência de 6,5% a 16,5% em pacientes com feocromocitoma localizado.¹

Desenvolvimento Paciente A.M.F, 48 anos, feminino, em investigação de crises hipertensivas, acompanhadas por taquicardia, cefaleia, sudorese, palpitações e mal-estar, desencadeadas pelo esforço físico, mudança de decúbito e evacuação. Passado mórbido inclui ablação de taquicardia por reentrada nodal e colelitíase. PA de 140/80 ao exame físico, sem demais alterações. Foi solicitada ecografia abdominal, evidenciando nódulo com áreas císticas em adrenal direita, regular, com 4,0x3,3cm e fluxo predominantemente periférico. Para maior avaliação foi realizada TC de abdome, que evidenciou lesão nodular hiperdensa em adrenal direita, com 3,9x3,2cm, sem forte realce pelo contraste, sem linfonodomegalias abdominais. Também realizou-se cintilografia com MIBG com captação em nódulo em adrenal direita. Dosagem de metanefrinas na urina de 24h: Normetanefrina = 1556,7 mcg/24h (VR < 732), metanefrina = 2568,4 mcg/24h (VR < 280). Foi então, após preparo adequado, realizada a excisão cirúrgica da lesão, analisada posteriormente pelo serviço de Patologia e descrita como compatível com feocromocitoma. Posteriormente, a paciente recebeu alta, em uso de propranolol 40mg, 2x ao dia e doxazosina 2mg, 1/2cp por noite. O feocromocitoma é uma doença ainda muito subdiagnosticada, muitas vezes causando o óbito do paciente antes mesmo da suspeita clínica.³ A liberação súbita de catecolaminas causa manifestações dramáticas de caráter explosivo, 80% das vezes com

duração inferior a uma hora.² É de extrema importância que pacientes hipertensos, principalmente jovens, com sintomas adrenérgicos (cefaleia, sudorese, palpitações, taquicardia) de caráter paroxístico acompanhados por elevação significativa dos níveis tensionais,² sejam investigados, na possibilidade de um feocromocitoma. Esses episódios agudos podem ser precipitados por diversas situações, entre elas a mudança de decúbito e o exercício físico,² referidos pela paciente deste relato. A HAS persistente ocorre em apenas metade dos casos² e, portanto, sua ausência não exclui o diagnóstico do tumor. A dosagem das catecolaminas urinárias de 24h é o exame laboratorial mais específico para determinar hipersecreção de catecolaminas, e possui especificidade de 98% , com sensibilidade em torno de 77-90%.¹ Os estudos de imagem são utilizados para determinar a localização e as características morfológicas da lesão. A TC e a ressonância magnética são os métodos de imagem mais utilizados para determinar a localização do tumor, com sensibilidade (90-100%) e especificidade (70-80%) similares.¹ A cintilografia com MIBG também é bastante útil no diagnóstico do feocromocitoma, avaliando o tumor em seu aspecto funcional, tendo boa especificidade (81%) e alta sensibilidade (90%).² A ressecção cirúrgica cura o paciente em cerca de 90% dos casos,² e o mesmo retorna a ter expectativa de vida semelhante aos indivíduos saudáveis da mesma idade.¹

Conclusão Tendo em vista que atualmente existem métodos acurados para o diagnóstico do feocromocitoma, e que o tratamento definitivo é alcançado em 90% dos casos diagnosticados, percebe-se que a suspeita clínica é a etapa mais deficitária no manejo dessa condição. Deve-se suspeitar de feocromocitoma em todo paciente com sintomatologia compatível, a fim de evitar complicações e óbito por essa doença curável.

Referências Bibliográficas 1. PDQ ADULT TREATMENT EDITORIAL BOARD. Pheochromocytoma and Paraganglioma Treatment (PDQ®): Health Professional Version. [S.l.]: [s.n.], 2002. 2. MANGER, W. M.; EISENHOFER, G. Pheochromocytoma: diagnosis and management update. Current hypertension reports, 2004. v. 6, n. 6, p. 477–484. 3. MCNEIL, A R. et al. Phaeochromocytomas discovered during coronial autopsies in Sydney, Melbourne and Auckland. Australian and New Zealand journal of medicine, 2000. v. 30, n. 6, p. 648–652



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Luiza Rech Kohler

E-mail do autor principal luiza_kohler@hotmail.com

Nome Marcelo P. de Cesaro

Nome Fernanda de Carli

Nome Gregori Manfroi

Nome Moisés Araújo

Nome Paulo M. Mesquita Filho

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título GERMINOMAS SUPRA-SELARES: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Introdução Germinomas são tumores malignos, classificados como tumores células germinativas (GCTs).¹ Surgem de restos de células embrionárias localizadas na linha média devido à migração aberrante durante o desenvolvimento.² Originam-se na neuro-hipófise (30%) e regiões pineais (50%) ou podem ocorrer sincronicamente em ambas (germinoma bifocal).^{3,4} Germinomas supraselares apresentam-se com diabetes insipidus, déficit visual e insuficiência hipotalâmica/pituitária.⁵ No Ocidente, tumores de células germinativas intracranianos (IC GCTs) representam menos que 5% dos tumores do SNC; já no leste asiático a incidência chega a 10%.⁶ O pico encontra-se entre 10-12 anos de idade^{2,7,8,9} e 90% manifesta-se em menores que 20 anos.¹⁰ Germinomas compreendem 2/3 de todos os IC GCTs e acima de 90% irá responder positivamente à quimioterapia (QT) e radioterapia (RT), tornando o diagnóstico precoce primordial.¹¹

Desenvolvimento CASO 1: Fem., 11a., queixa de perda visual temporal progressiva por mais de um mês, evoluindo para amaurose bilateral confirmada pelo exame neurológico. IRM evidenciou massa expansiva selar/supra-selar 2,5x2,5x2,5cm, hiperintensa em T1 e T2 (1A,1B), com áreas císticas realçadas pelo gadolínio (1C), envolvendo o quiasma óptico, em contato com o segmento supraclínóide da artéria carótida interna, comprimindo o parênquima hipofisário; formação cística na glândula pineal (1A), com realce periférico, medindo 0,6cm; e formação nodular realçada no óbex, medindo 0,5cm. Os níveis séricos de prolactina estavam elevados (130 ng/ml). Realizou-se ressecção parcial endoscópica via transesfenoidal. O histopatológico foi conclusivo para germinoma (F3). O déficit visual permaneceu, a paciente evoluiu com diabetes insipidus, hipernatremia e hipopituitarismo. Foi estabilizada, recebeu alta e continuou em QT com Etoposide e Ifosfamida. CASO 2: Fem., 13a., apresentando déficit visual bilateral, hiponatremia, hipotireoidismo, diabetes insipidus e edema generalizado. O exame neurológico evidenciou a perda visual e nistagmo horizontal. IRM: lesão expansiva selar/supra-selar, hipointensa em T2 (2A), com degeneração cística, medindo 3,3x2,6x1,9cm, com componente supra-selar envolvendo o hipotálamo, extensão para o infundíbulo e a adenohipófise; realçada heterogeneamente pelo gadolínio (2B,2C), sem calcificações. Optou-se pela mesma abordagem e o exame histopatológico foi conclusivo

para germinoma (F4). Realizou-se um ciclo de QT com Carboplatina e Etoposide. Evoluiu com desequilíbrio hidroeletrólítico, choque e óbito. DISCUSSÃO GCTs são classificados em germinomas e não germinomatosos.¹⁰ A razão para essa distinção é a alta sensibilidade à RT e QT e sobrevida em 10 anos de 90% ou mais no primeiro tipo.^{2,12} Estes representam aproximadamente 8% dos tumores intracranianos pediátricos e 0.2-1.7% dos tumores primários intracranianos.¹³ Quando supra-selares, podem causar diabetes insipidus, distúrbios visuais variados (de hemianopsia bitemporal, diminuição da acuidade, até amaurose) e disfunção endócrina (atrasos na puberdade e retardo do crescimento em crianças, ou disfunção sexual em adultos), além sinais de hipertensão intracraniana.^{6,9,14,15,16} Recomenda-se cirurgia para biópsia (pois a histologia é o fator prognóstico mais importante) e para decompressão de estruturas.^{7,17} Segue-se com QT e RT, o que tem melhores resultados do que ressecção total ou somente RT.^{7,13,18} Nos últimos anos, o foco mudou para a diminuição da dose e campo de RT, para evitar seus efeitos adversos sobre o SNC, especialmente em crianças, associando-se QT.^{2,19} Nesses tumores a fosfatase alcalina placentária (PLAP), c-kit e OCT3/4 são altamente expressos.^{9,20,21} Ambos os casos relatados eram positivos para C-Kit (CD117) (F3b,4b) e PLAP (F3c,4c). O prognóstico tende a ser pior em germinomas contendo células gigantes sinciciotrofoblásticas ou tumores produtores de HCG devido à recorrência local.^{11,22}

Conclusão Germinomas supra-selares são altamente curáveis se diagnosticados precocemente e devem sempre ser considerados perante exames de imagem típicos em pacientes pediátricos. Podem promover desordens endócrinas permanentes, que devem ser acompanhadas. O tratamento permanece controverso e individualizado, mas a associação de QT à RT permite reduzir a dose de radiação, diminuindo efeitos adversos.

Referências Bibliográficas 1. Louis DN, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathol.* 2016;131(6):803-820. doi:10.1007/s00401-016-1545-1. 2. Kakkar A, et al. Intracranial germ cell tumors: a multi-institutional experience from three tertiary care centers in India. *Child's Nerv Syst.* 2016:2173-2180. doi:10.1007/s00381-016-3167-2 6. Kilday JP, et al. Diabetes insipidus in pediatric germinomas of the suprasellar region: characteristic features and significance of the pituitary bright spot. .doi:10.1007/s110620. Gao Y, Jiang J, Liu Q. Clinicopathological and immunohistochemical features of primary central nervous system germ cell tumors: A 24-years experience. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Luiza Maidana Marques

E-mail do autor principal luizamaidanamarques@gmail.com

Nome Andreza Maldaner

Nome Brenda Gobetti

Nome João Pedro Langaro

Nome Matheus Ramos

Nome Raquel Erbice Durgante

Nome Pérsio Ramon Stobbe

Nome Hugo Roberto Kurtz Lisboa

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOIMUNE TIPO III

Introdução No Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), a autoimunidade contra as células beta pancreáticas causa destruição do órgão e falência na produção de insulina. O DM1 tem uma associação frequente com doenças autoimunes, tanto endocrinológicas quanto não endocrinológicas, provocando um aumento no risco de autoimunidade nos pacientes diabéticos, sendo essencial uma avaliação endocrinometabólica¹. A Síndrome Poliglandular Autoimune (SPGA) ocorre quando há uma associação de duas patologias autoimunes, sendo uma delas obrigatoriamente endócrina. A SPGA tipo III, que é o fenótipo mais prevalente, deve-se à existência mútua de uma doença com disfunção tireoidiana autoimune e outra patologia autoimune³, que no caso a ser apresentado é o DM1. Dados demonstram que um em cada três pacientes com DM1 manifesta uma forma de SPGA ao longo da evolução da doença².

Desenvolvimento TBV, 20 anos, feminino, procedente de Ibirubá. Paciente com diagnóstico prévio de hipertireoidismo devido à doença de Graves, em 2014, tratada irregularmente com Metimazol, o qual foi interrompido dois meses após o início do tratamento. Procura atendimento médico devido a queixas fadiga, ansiedade, poliúria, polidipsia, palpitações e exoftalmia, iniciados um mês antes do atendimento, e exacerbados há duas semanas. Essas queixas foram atribuídas ao hipertireoidismo pela paciente. Ainda, paciente relata perda ponderal de 7 quilogramas na semana que antecedeu o atendimento. No exame físico, a paciente encontrava-se edemaciada, letárgica, com respiração de Kussmaul, tireoide palpável e aumentada, com presença de sopro. O teste de glicemia capilar mostrou 350 mg/dl, caracterizando o quadro de cetoacidose diabética. Assim, a paciente foi internada no hospital, onde recebeu tratamento para cetoacidose e reiniciou o uso de Metimazol. Exames laboratoriais demonstraram Hemoglobina Glicada >15%, T4 livre 5,16, TSH 0,004, Anticorpo Anti-tiroglobulina 91,2 UI / mL (referência <4,1), TRAB 2,84 (referência <1,75 UI/L) e Anticorpo Anti-GAD 5,0 (referência <1,0 UI/ml). A ultrassonografia de tireoide demonstrou achados compatíveis com Doença de Graves. Desse modo, foi diagnosticada a SPGA-III. Nessa paciente, o diagnóstico correto foi atrasado devido à sobreposição de sintomas clínicos,

os quais foram atribuídos ao hipertireoidismo. Após compensada, foi tratada com iodo radioativo e atualmente faz uso de tiroxina e análogos de insulina. Já é bem definido que a cetoacidose diabética pode ser precipitada pelo hipertireoidismo, e o contrário também ocorre. Dessa forma, evidencia-se necessária a investigação de ambas as causas, particularmente em pacientes do femininas com histórico familiar relevante. A detecção da SPGA pode ser desafiadora, uma vez que as manifestações clínicas das condições se sobrepõem, mascarando os sintomas. Assim, reconhecer a existência da concomitância de duas doenças endócrinas torna-se essencial, uma vez que o quadro hipertireoidiano prejudica o controle glicêmico, agrava acidose e desestabiliza o equilíbrio hidroeletrólítico³. Em até 50% dos casos, o hipertireoidismo é acompanhado de intolerância à glicose e, em até 3% deles, de diabetes clinicamente evidente. A diminuição da tolerância à glicose deve-se ao decréscimo da sensibilidade à insulina e à redução do armazenamento hepático de glicogênio, ao mesmo tempo em que a secreção de glucagon e a absorção intestinal de glicose aumentam. Em pacientes com DM1, esse quadro acarreta resistência à insulina e maior liberação de ácidos graxos, o que culminará em cetoacidose¹. Assim, os efeitos deletérios de acidose não controlada, da taquicardia prolongada e da hipocalcemia não corrigida podem ocasionar arritmias ventriculares e culminar em parada cardíaca. Dessa forma, o rigoroso equilíbrio de fluídos e o monitoramento eletrolítico mostram-se fundamentais³.

Conclusão Na SPGA-III, a cetoacidose diabética e o hipertireoidismo podem ocorrer de forma concomitante, dificultando o diagnóstico. No caso apresentado, o diagnóstico de cetoacidose diabética foi postergado devido à sobreposição de sinais e sintomas comuns a ambas as doenças. O gerenciamento bem sucedido da síndrome depende do rápido reconhecimento e tratamento dos fatores precipitantes concorrentes.

Referências Bibliográficas 1. AHMAD, F A; MUKHOPADHYAY, B. Simultaneous presentation of type 1 diabetes and Graves' disease. *Scottish Medical Journal*. P. 1-2. 2011. 2. GOUVEIA, Sofia et al. Rastreamento de síndrome poliglandular autoimune em uma população de pacientes com diabetes melito tipo 1. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*. P. 733-738. 2013. 3. HANSEN, Martin P; MATHEIS, Nina; KAHALY, George J. Type 1 diabetes and polyglandular autoimmune syndrome: A review. *World Journal Of Diabetes*. Pleasanton, p. 67-79. fev. 2015



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal MAIARA CAROLINE AGOSTINI

E-mail do autor principal mcarolineagostini@gmail.com

Nome FERNANDA MARCANTE CARLOTTO

Nome VINÍCIUS RENAN LIMA DIAS

Nome GABRIEL WEISS

Nome JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO

Nome LUCAS DUDA SCHMITZ

Nome JUAREZ ANTONIO DAL VESCO

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título AMPOLECTOMIA TRANSDUODENAL NA DISPLASIA DE ALTO GRAU DE PÁPILA EMPACIEN-TE COM MÚLTIPLAS COMORBIDADE

Introdução A neoplasia periampolar pode-se formar através de um adenoma da papila maior. O tratamento do adenoma é a ressecção e, dependendo do tamanho da lesão, das condições clínicas do paciente e do grau de displasia, pode ser realizado por ressecção local ou por duodenopancreatectomia. Nosso objetivo é apresentar uma ampolectomia transduodenal realizada em um paciente com adenoma com displasia de alto grau e múltiplas comorbidades.

Desenvolvimento Homem, 85 anos, hipertenso, cardiopata e em tratamento de depressão maior (ASA III), apresentou síndrome colestática com evidência de fator obstrutivo nos exames de imagem. Realizou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica que demonstrou lesão vegetante em papila maior com cerca de 4 cm com diagnóstico anatomopatológico de um adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau. Devido à idade, comorbidades do paciente e as dimensões da lesão, optado pela realização de ampolectomia transduodenal. A cirurgia foi realizada com incisão subcostal bilateral e acesso transduodenal longitudinal com infiltração de adrenalina submucosa na papila duodenal maior. A ressecção da ampola hepatopancreática foi realizada com margem de segurança e confirmada com congelação intra-operatória. A reconstrução foi realizada com implantação do ducto colédoco e do ducto pancreático principal isoladamente na segunda porção duodenal com pontos separados de polidioxanona 5-0. O fechamento duodenal foi realizado transversalmente. O exame anatomopatológico confirmou adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau com margens livres. Paciente apresentou boa evolução clínica com alta hospitalar no 14o dia pós-operatório em virtude de uma hematúria macroscópica. Mantém seguimento ambulatorial assintomático e sem sinais de recidiva.

Conclusão A ampoulectomia transduodenal é uma alternativa factível e resolutive na ressecção de grandes adenomas de papila duodenal em pacientes com múltiplas comorbidades e risco cirúrgico elevado

Referências Bibliográficas 1. Gao Y, Zhu Y, Huang X, Wang H, Huang X, Yuan Z. Transduodenal ampullectomy provides a less invasive technique to cure early ampullary cancer. BMC Surg. 2016 Jun 1;16(1):36.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal MAIARA CAROLINE AGOSTINI

E-mail do autor principal mcarolineagostini@gmail.com

Nome FERNANDA MARCANTE CARLOTTO

Nome GABRIEL WEISS

Nome ROBSON ROTTENFUSSER

Nome JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO

Nome LUCAS DUDA SCHMITZ

Nome JUAREZ ANTONIO DAL VESCO

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título RESSECÇÃO HEPÁTICA VIDEOLAPAROSCÓPICA GUIADA POR TRANSDUTORENDOCAVITÁRIO

Introdução A ressecção hepática videolaparoscópica é um procedimento complexo e amplamente utilizado nos principais centros de cirurgia de fígado. Entretanto, alguns hospitais no Brasil apresentam dificuldades para utilização desta técnica, porque além de treinamento, este tipo de cirurgia necessita de uma variedade de materiais com alto custo. Nosso objetivo é demonstrar uma ressecção de um nódulo hepático por laparoscopia com máxima preservação do parênquima sadio guiado por transdutor endocavitário de um aparelho de ultrassonografia habitual.

Desenvolvimento Mulher, 32 anos, achado incidental na ressonância nuclear magnética de lesão de 1,8 cm em segmento hepático VI/VII compatível com adenoma hepatocelular e impossibilidade de suspensão de anticoncepcional oral. Optado por ressecção não-regrada da lesão hepática por videolaparoscopia. A paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo e o acesso foi realizado com quatro portais no hipocôndrio direito. Após a liberação do ligamento triangular e coronário direito e o ligamento hepatocaval, a lesão foi identificada através da introdução na cavidade abdominal de um transdutor endocavitário de alta frequência pela incisão de um trocar de 12 mm. A secção do parênquima foi realizada com uma margem de 2 cm com tesoura ultrassônica e disseção e clipagem das estruturas vasculares. A área cruenta foi controlada com a utilização de agente hemostático tópico. A peça foi retirada através de um portal de 12 mm. O tempo cirúrgico foi de 76 minutos com uma perda sanguínea estimada de 50 ml. A paciente recebeu alta no 3o dia pós-operatório e mantém acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.

Conclusão A cirurgia hepática videolaparoscópica com preservação do parênquima pode ser realizada em centros menores e o uso do ultrassom endocavitário pode ser uma alternativa factível para a localização de lesões intraparenquimatosas na ausência de probe laparoscópico disponível.

Referências Bibliográficas 1. Belli G, Fantini C, D'Agostino A, Cioffi L, Limongelli P, Russo G, Belli A. Laparoscopic segment VI liver resection using a left lateral decubitus position: a personal modified technique. J Gastrointest Surg. 2008 Dec;12(12):2221-6. 2. Brustia R, Soubrane O. Segment VI HCC on HCV related cirrhosis treated by laparoscopic resection. J Visc Surg. 2016 Feb;153(1):69-70. 3. Coelho FF, Kruger JA,

Fonseca GM, Araújo RL, Jeismann VB, Perini MV, Lupinacci RM, Cecconello I, Herman P. Laparoscopic liver resection: Experience based guidelines. *World J Gastrointest Surg.* 2016 Jan 27;8(1):5-26.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Maiara Christine Macagnan

E-mail do autor principal maiaramacagnan@hotmail.com

Nome Rubens Rodriguez

Nome Daniela Schwingel

Nome Leandro Lenzi Pacheco

Nome Andressa van Riel

Nome Bárbara Luiza Inocêncio Battistel

Nome Dalcineia Gomes Scalcon

Nome Francieli Parizotto

Dados do trabalho

Categoria Ginecologia e Obstetrícia

Título ADENOMIOEPITELIOMA: VISÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA DE UMA RARA NEOPLASIAMAMÁRIA

Introdução Descrito pela primeira vez por Hamperl em 1970[1], o Adenomioepitelioma (AME) é uma patologia mamária incomum que geralmente ocorre em mulheres pós-menopáusicas[1]. Na literatura, as apresentações consistem em relatos de casos individuais ou estudos com menos de 5 casos. De acordo com OMS, histologicamente, o AME é um tumor bifásico com componentes de células mioepiteliais e epiteliais, podendo haver transformações malignas de um ou ambos os tipos celulares do tumor. O AME apresenta padrões variados de sua arquitetura sendo descrito por Tavassoli 3 variantes[2]: fusiformes, tubulares e lobulados. Por suas características mencionadas, alguns padrões do tumor podem ser confundidos com outras patologias da mama, desse modo, a avaliação imunohistoquímica utilizando anticorpos específicos para os componentes epiteliais e mioepiteliais (p63, proteína S100, Citoceratina (CK) 14 e 5/6, actina de músculo liso (SMA), calponina) se torna importante para elucidação diagnóstica.

Desenvolvimento Relato do Caso: Feminina, 69 anos, menarca aos 13 anos, primeiro filho aos 23(amamentou por 3-4 meses), menopausa aos 47 anos (histerectomia), histórico de avó paterna com câncer de mama (60 anos). Não tabagista. Em 2010, procurou atendimento para avaliação de nódulo no Quadrante Supero-lateral (QSL) da mama esquerda com 1,4cm ao Ultrassom (US), tendo realizado core-biopsy com resultado de Fibroadenoma. Em outubro de 2016, realizando acompanhamento, trouxe novo US onde mostrava aumento do tamanho do nódulo, 3x1,8x1,3cm com características de BI-RADS IV, optando-se assim por nova core biopsy com resultado de Papiloma Intraductal, assim, em março de 2017, realizou-se a retirada do nódulo. O Anatomopatológico, após elucidação de estudo imunohistoquímico, diagnosticou: Adenomioepitelioma. Discussão: O AME é uma neoplasia incomum, pode ocorrer em mamas, glândulas salivares, pulmão e pele[3]. Na mama, é um achado raro, sendo encontrados na literatura menos de 200 casos[4,5]. Apesar de ser predominantemente benigna, pode progredir à malignidade e gerar metástases. A transformação maligna, é infrequente, sendo encontrada

em menos de 10% dos casos relatados[5]. A maioria dos AMEs mamários se caracteriza por um tumor sólido circunscrito com pseudocápsula fibrosa, multinodular[3] e massa única[5]. A Mamografia, o US e a Ressonância Magnética não são específicas nem úteis para diferenciar lesões benignas e malignas[6]. Por suas características, podem ser confundidos com outras patologias da mama, desse modo, a avaliação imuno-histoquímica se torna importante para elucidação diagnóstica. Não há protocolo de tratamento estabelecido. A completa excisão cirúrgica da lesão é a principal modalidade terapêutica abordada. Quimioterapia não foi efetiva e os efeitos da radioterapia e da terapia hormonal não foram comprovados[5]. O prognóstico global do AME não é conhecido, devido a raridade de sua ocorrência.

Conclusão O AME é uma neoplasia rara, que deve ser lembrado como diagnóstico diferencial de tumores sólidos mamários: Fibroadenoma e Adenoma Tubular. Apesar de ser predominantemente benigno, em alguns pacientes pode haver degeneração maligna, o que torna importante o completo estudo do caso para que o diagnóstico correto possa ser realizado, propiciando tratamento adequado.

Referências Bibliográficas 1.HAMPERL, H. The myoethelia (myoepithelial cells). Normal state; regressive changes; hyperplasia; tumors. *CurrTopPathol* 1970;53:161–220. 2.TAVASSOLI, FA. Myoepithelial lesions of the breast: myoepitheliosis, adenomyoepithelioma and myoepithelial carcinoma. *AmJSurgPathol* 1991;15:554–568. 3.ROSEN PP. Adenomyoepithelioma of the breast. *HumanPathology* 1987;18:1232-7 4.YAHARA, T, et al. Adenomyoepithelioma of the breast diagnosed by a mammotome biopsy: report of a case. *SurgToday*2008;38:144–146. 5.HIKINO H, et al. Intracystic adenomyoepithelioma of the breast: case report and review. *BreastCancer* 2007;14:429–433. 6.PARK, MH. Malignant adenomyoepithelioma of the breast. *JKoreanSurgSoc* 2007;73:430–433.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal [Maiara Christine Macagnan](#)

E-mail do autor principal maiaramacagnan@hotmail.com

Nome Leandro Lenzi Pacheco

Nome Daniela Schwingel

Nome Rubens Rodriguez

Nome Betina Kramer

Nome Luciane Donato

Nome Dalcineia Gomes Scalcon

Nome Giulia Zanatta

Dados do trabalho

Categoria Ginecologia e Obstetrícia

Título SCHWANNOMA: ABORDAGEM CLÍNICO-PATOLÓGICA DE UMA RARA NEOPLASIAMAMÁRIA

Introdução O schwannoma é uma rara neoplasia mesenquimal, originada das células de Schwann, presentes nas bainhas dos nervos. É, usualmente, encontrada no mediastino, retroperitônio ou pelve, raramente ocorrendo na parede torácica[1]. Geralmente é diagnosticada entre os 30 e 50 anos de idade. As neoplasias desse gênero originadas em raízes são benignas, já as de nervos podem, malignizar-se mais frequentemente em casos de neurofibromatose[2,3]. Afetam ambos os sexos em proporções similares, ainda que os de mama apresentam-se majoritariamente em mulheres, há relato de caso masculino[4]. Seu tamanho pode variar de milímetros até 20cm e o diagnóstico é pelo estudo histológico[5]. Microscopicamente, apresenta-se como nódulo encapsulado e dois padrões histopatológicos: Antoni A e Antoni B. A imuno-histoquímica dos schwannomas é caracterizada pela expressão de proteína S-100. O prognóstico é bom, com raros casos de recidiva do tumor. A remoção cirúrgica é o tratamento de escolha[6].

Desenvolvimento Relato de caso: Feminino, 46 anos, G3P3. Em 2015, buscou atendimento por nódulo palpável em mama esquerda na junção dos quadrantes mediais, realizou Mamografia com resultado BI-RADS-4B, optou-se por biópsia com resultado de Alterações Fibrocísticas, Adenose Esclerosante. Nega historia familiar para câncer de mama, ovário, endometrio, intestino. Histórico pessoal de ressecção de Schwannoma Benigno em perna direita há 13 anos. Em 2016, referiu lesão nodular em região supraclavicular esquerda, mas sem nódulos axilares ou secreção mamilar. Solicitaram-se exames levados à consulta em fevereiro de 2017, o resultado da Mamografia de Mama Direita foi BI-RADS-2 e mama esquerda BI-RADS-0, o Ultrassom de linfonodo supraclavicular com formação nodular bem delimitada de 1,6cm no maior eixo apresentando textura hipoecogênica e heterogênea, solicitou-se biópsia com resultado de Neoplasia Fusocelular. Ao exame físico, presença de nódulo infra-clavicular e infra-axilar palpáveis, assim solicitou-se core biopsy com análise histopatológica de mamas e imuno-histoquímica onde o diagnóstico patológico foi Schwannoma Benigno (Neurilemoma). Discussão: Schwannomas ou neurilemomas são tumores benignos que se originam de uma proliferação desordenada

das células de Schwann. Estas células formam a bainha de mielina atuando como isolantes elétricos possibilitando melhor condução dos estímulos nervosos. O neurilemoma pode, ocorrer em qualquer fibra mielinizada[5,6]. Possui crescimento lento e é, em geral, encapsulada, o que pode causar sintomas como dor. A localização é geralmente na cabeça, pescoço, colo e nas superfícies das extremidades flexoras, sendo que o neurilemoma mamário é bastante raro, representando apenas 2,6% de todos casos relatados. Os schwannomas acometem mais indivíduos entre 20 e 50 anos, com incidência semelhante em ambos os sexos, contudo quando se trata de schwannoma de mama ocorre preferência pelas mulheres. O tamanho pode variar desde milímetros até 20cm. No presente relato de caso, o nódulo media 1,6cm. Cho [et.al](#)(2001), descrevem os achados radiológicos do Schwannomamamário como sendo uma massa oval, hipocogênica, heterogênea, com bordas bem delimitadas, o que vai ao encontro do nódulo descrito no caso em questão. Segundo Nieves, o diagnóstico é feito através de estudo histológico onde será encontrado uma neoplasiaencapsulada caracterizada pela presença de dois padrões: o padrão Antoni A (células fusiformes organizadas em paliçada, cercando áreas acelulares chamadas corpúsculos de Verocay) e o padrão Antoni B (células fusiformes que são distribuídas ao acaso e sem organização). A imuno-histoquímica dos schwannomas se dá pela expressão da proteína S-100, a qual fora evidenciada neste relato. O tratamento do Schwannoma de Mama envolve a remoção cirúrgica local preservando o nervo envolvido. A ressecção do tumor deve ser cuidadosa para minimizar os riscos de recorrência[5,6].

Conclusão Schwannomas, que são raros, exigem diagnóstico diferencial com outras neoplasias de células fusiformes que podem afetar a mama, como os leiomiomas, carcinomas metaplásicos e fibroadenomas. Dessa forma, a análise histopatológica e estudos imuno-histoquímicos figuram como protagonistas para o diagnóstico definitivo com posterior remoção cirúrgica desses neurilemonas.

Referências Bibliográficas 1.URAKAWA T, et al A case of benign schwannoma of the thoracic wall mimicking a malignant tumor. Kobe J Med Sci 1993; 39:123-3. 2.SCHMIDT M.G. et al. Malignant schwannoma of the breast; Langenbecks Arch Chir 1995 380:350-353. 3.JUNIOR M, et al. Aspectos epidemiológicos dos tumores do sistema nervoso central em hospital de referência; Revista Paraense de Medicina 2013;27:23-28. 4.MARTINEZ-ONSURBE P, et al. Neurilemona of the breast in a man: a case report. ActaCytologica 1992; 36:511-513. 5.CHO K, et al. Sonographic Findings in Solitary Schwannoma of the Breast. Journal of Clinical Ultrasound 2001 29:99-101. 6.HARTMANN L, et al. Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. The NewEnglandJournalofMedicine 2005;353:229-37.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Marina da Roza Pereira

E-mail do autor principal roza.marinap@gmail.com

Nome Guilherme Mattiello Casa

Nome Alex Roman

Nome Renato dos Santos

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título Síndrome de Eagle: Relato de caso sobre o alongamento do processo estilóide

Introdução A síndrome de Eagle define-se pelo alongamento do processo estilóide. A etiologia permanece incerta, tendo como hipóteses o alongamento congênito e a ossificação do ligamento estilohióideo.³ Acredita-se que estes acontecimentos estão envolvidos com um trauma na região, como uma tonsilectomia, que leva a uma hiperplasia óssea ou que o tecido cicatricial fibroso comprometa as fibras dos pares cranianos que inervam a região. Há uma segunda apresentação, no qual há uma irritação mecânica e estimulação do plexo simpático da parede da artéria carótida interna ou externa.^{1 2} Os principais sintomas são: dor contínua na orofaringe, disfagia, cervicalgia irradiada para a região carotídea, cefaleia, síncope, otalgia, tontura e zumbido.^{2 3} O seu diagnóstico pode ser facilitado pela história do paciente, sendo confirmado com os achados nos exames de imagem. O tratamento pode ser feito de forma clínica ou cirúrgica.³

Desenvolvimento Paciente masculino, 58 anos, apresenta-se com dor facial, disfagia, odinofagia, otalgia, zumbido, cefaléia, limitação dos movimentos cervicais, dores regionais, tonturas e pré-síncope há cerca de três anos. Realizada TC de crânio, demonstrou aumento do processo estilóide bilateralmente. (Figura 1) Eagle dividiu sua síndrome em dois grupos: Síndrome Típica/Clássica e Síndrome Atípica/Carotídea.^{1 3} Na síndrome clássica os pacientes geralmente possuem histórico de tonsilectomia; como sintomatologia, referem dor contínua na orofaringe, acompanhada de sensação de corpo estranho, disfagia, com piora durante a deglutição, bocejo e mastigação.^{1 3} Na síndrome carotídea, os pacientes, em geral por compressão da artéria carótida interna e/ou externa, relatam cervicalgia irradiada para a região carotídea, podendo ainda ser acompanhada de cefaleia temporal ou frontal, síncope, perturbação visual, otalgia, tontura e zumbido.^{2 4} Há relatos de pacientes com a síndrome atípica que sofriam ataques isquêmicos transitórios ao girar a cabeça para o lado do processo estilóide alongado, apresentando remissão dos sintomas quando em posição neutra.⁴ Os indivíduos portadores da síndrome, tanto da típica quanto da atípica, também podem referir sintomas como: sialorreia, hipoacusia, trismo, dor em borda lateral e base da língua e restrição dos movimentos cervicais. Os pacientes acometidos com a Síndrome de Eagle podem ter complicações graves, como pseudoaneurisma da artéria carótida, dissecção da artéria carótida e trombose venosa dural.⁴ No exame físico, a palpação digital da loja amigdaliana aumenta a dor relatada

pelo paciente, sendo que ao palpar sentirá uma projeção com consistência endurecida e pontiaguda. Por fim, o tratamento pode ser dividido em clínico e cirúrgico. A abordagem clínica é realizada através do uso de anestésicos, anti-inflamatórios e outros medicamentos como gabapentina, amitriptilina, valproato e carbamazepina, além da infiltração de corticoide na região, contudo estas medidas possuem pouca efetividade.^{2 3 4} Já a abordagem cirúrgica, para os casos mais graves, pode ser realizada tanto pela forma intraoral quanto pela externa, com ambas tendo seus benefícios e suas desvantagens.³ Para o tratamento cirúrgico do paciente relatado, foi realizada abordagem trans-oral, utilizando enquanto técnica complementar, neuronavegador cirúrgico, para melhor definição de extensão do processo estiloideo alongado, com menor risco cirúrgico, em especial no que tange risco de lesão de vasos da região cervical e retrofaríngeo, incluindo a artéria carótida interna e externa, assim como seus ramos. (Figura 2 e 3) O procedimento transcorreu sem intercorrências, com alta hospitalar precoce, no segundo dia pós-operatório, diminuindo, portanto riscos inerentes a internação hospitalar, com menor tempo de internação hospitalar necessária, apresentando resolução da sintomatologia apresentada já no período pós-operatório precoce.

Conclusão A Síndrome de Eagle possui uma baixa taxa de prevalência, variando de 1,4% a 30%, contudo, a anamnese com o auxílio de exames complementares pode levar a um rápido diagnóstico em pacientes que apresentem sinais cerebrais e orofaríngeos característicos. O tratamento pode ser feito com abordagem clínica, com uso de corticóides e analgésicos, ou de forma cirúrgica, como no caso relatado, com resultado

Referências Bibliográficas 1. EAGLE, W. W.; DURHAM, N. C. Elongated styloid process: Further Observations and a New Syndrome. Archives of Otolaryngology. 2. FUSCO, D. J.; et al Eagle's syndrome: embryology, anatomy, and clinical managements. Acta Neurochirurgica, p. 1119-1126, 2012. 3. KAMAL, A.; et al. Eagle syndrome: radiological evaluation and management. Journal of Pakistan Medical Association, v. 64, p. 1315-1317, 2014. 4. AYDIN, E.; QULIYEV, H.; CINAR, C.; BOZKAYA, H.; ORAN, I. Eagle Syndrome Presenting with Neurological Symptoms. Turkish Neurosurgery, 2016.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Mateus Borin

E-mail do autor principal borin.mateus@hotmail.com

Nome Augusto Pasini

Nome Eduardo Coronel

Nome Eduardo Scharnovski

Nome Maiara Agostini

Nome Victor Kasper

Nome Victor Sánchez

Nome Rodrigo Tisot

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título A INFLUÊNCIA DO TROPISMO FACETÁRIO SOBRE A LOCALIZAÇÃO DA HÉRNIA DISCAL LOMBAR

Introdução A hérnia de disco lombar é uma patologia musculoesquelética frequente, muitas vezes causadora de lombociatalgia intensa. Os problemas oriundos dessa afecção têm sido as razões mais frequentes de dispensa do trabalho por incapacidade, constituindo um problema de saúde pública mundial. A angulação da faceta articular corresponde a sua orientação no plano transversal (axial). O tropismo facetário é a assimetria entre os ângulos facetários à esquerda e à direita, tendo um deles uma orientação mais sagital em relação ao contralateral¹. Estudos já realizados sobre a associação entre doença degenerativa discal, espondilolistese e tropismofacetário, com hérnia discal lombar, visaram apenas averiguar a relação de causa e efeito entre ambos^{2,3}. Já, o objetivo do presente estudo, é avaliar se existe uma correlação do tropismoacetário com o lado e o local, do disco intervertebral, no qual ocorreu a hérnia discal lombar.

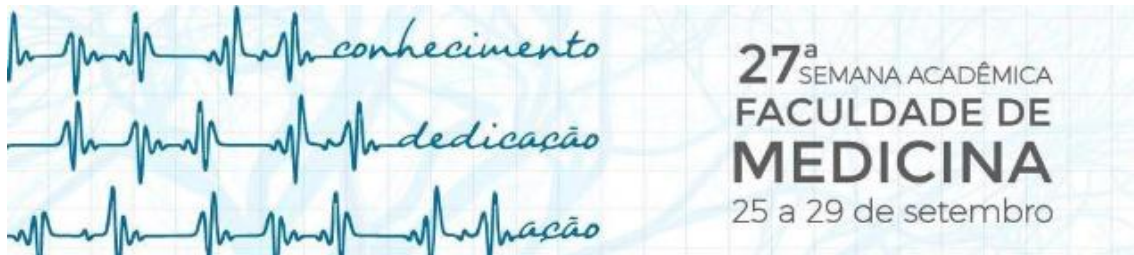
Desenvolvimento Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo no qual foram avaliados exames de Ressonância Nuclear Magnética de 255 pacientes com hérnia discal lombarsubmetidos a tratamento cirúrgico pelo Grupo de Coluna do Hospital Ortopédico de Passo Fundo entre os anos de 2002 e 2014. Como critérios de inclusão, selecionou-se pacientes com diagnóstico de hérnia discal lombar em apenas um nível, submetidos a tratamento cirúrgico. Todos os casos deveriam possuir exame de Ressonância Nuclear Magnética (RNM) da coluna lombar, com cortes axiais ponderados em T1 e T2. Foram excluídos do estudo pacientes com diagnóstico de hérnia discal lombar em mais de um nível, hérnia discal bilateral, pacientes com espondilolistese, além de colunas com desvio do eixo sagital com mais de 10° de angulação.

A localização anatômica da hérnia discal lombar no plano axial, em relação ao local do canal vertebral em que ela ocorreu, foi classificada em central, centro-lateral, foraminal e extraforaminal, conforme classificação proposta por Wiltse et al². A angulação facetária foi mensurada utilizando-se o método de Karacan et al³. Para isto, utilizou-se exame de RNM da coluna lombossacra com cortes axiais ponderados em T1. Neste método, o tropismo é obtido pelo cálculo da diferença entre o ângulo da faceta direita e o ângulo da faceta esquerda. A gravidade do tropismo foi classificada conforme a metodologia descrita por Vanharata et al⁴, que

dividiram o tropismo facetário em leve (diferenças menores que 7°), moderado (diferenças entre 7° e 15°) e grave (diferenças maiores que 15°). Para análise e obtenção dos resultados foi utilizado o teste do Qui-quadrado via programa estatístico SPSS versão 18.0. Foi considerado nível de significância de 0,05 ($\alpha=5\%$) e os níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significativos e representados por $p < 0,05$. Nos resultados, ao avaliar os locais, dos discos intervertebrais, nos quais ocorreram as hérnias discais lombares, constatou-se que em 204 pacientes (80%) ela era centro-lateral, em 21 pacientes (8,2%) foraminal, em 19 pacientes (7,5%) central e 11 pacientes (4,3%) possuíam hérnia extra-foraminal (tabela 1). Na avaliação do tropismo, houve uma leve tendência a uma maior assimetria à esquerda, em 126 pacientes (50,4%), que à direita, em 124 pacientes (49,6%). Apenas 5 pacientes não apresentaram assimetria facetária (tabela 2). Foi constatada correlação estatisticamente significativa ($p = 0,023$) entre tropismo facetário e o lado em que ocorreu a hérnia discal lombar (tabela 3). Verificou-se, portanto, que o lado da assimetria facetária com maior angulação, foi também o lado em que a maioria das hérnias discais ocorreram. Porém, não houve correlação estatisticamente significativa ($p = 0,902$) entre o grau de assimetria facetária e a localização, no disco intervertebral, na qual ocorreu a hérnia discal lombar (Tabela 4).

Conclusão Foi constatada correlação estatisticamente significativa entre o tropismo facetário e o lado do disco intervertebral no qual ocorreu a hérnia de disco lombar. Porém, não houve correlação estatisticamente significativa entre o grau de assimetria facetária e o local, no disco intervertebral, no qual ocorreu a hérnia discal lombar.

Referências Bibliográficas 1-Mixter WJ, Barr JS. Rupture of intervertebral disc with involvement of the spinal canal. *N Engl J Med.* 1934;211:210-4. 2- Jentzch T, Geiger J, Zimmermann SM, Slankamenac K, Nguyen-Kim TD, Werner CM. Lumbar facet joint arthritis is associated with more coronal orientation of the facet joints at the upper lumbar spine. *Radiol Res Pract,* 2013;2013:693971. 3- Wiltse LL, Berger PE, McCulloch JA et al. A system for reporting the size and location of lesions in the spine. *Spine (Phila Pa 1976).* 1997 Jul 1;22(13):1534-7. 4- Vanharanta H, Floyd T, Ohnmeiss DD, Hochschuler SH, Guyer RD. The relationship of facet tropism to degenerative disc disease. *Spine (Phila Pa 1976).* 1993;18(8):1000-5.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Matheus Henrique Benin Lima.

E-mail do autor principal matheushbeninlima@gmail.com

Nome Daniel Navarini

Nome Letícia Eickhoff

Nome Mariana Mafalda Magalhães

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO DE CÉLULAS EM ANEL DE SINETE EMPAPILA DUODENAL: UM RELATO DE CASO

Introdução O carcinoma pouco diferenciado de células em anel de sinete é um tipo histológico de tumor maligno raro da papila duodenal, e poucos casos são encontrados descritos na literatura (AKATSU et al., 2007; WAKASUGI et al., 2015). Dessa maneira, o presente relato de caso justifica-se pela baixa incidência do tipo histológico do câncer e pela maneira incomum de instalação dos sintomas. Esse trabalho possui como objetivos os de descrever o caso do paciente, incluindo sua admissão, sintomatologia, critérios e meios diagnósticos, tratamento cirúrgico e seguimento (evolução). Além disso, pretende-se justificar os sinais e sintomas apresentados com base na patologia e sua localização, elucidando, assim, as razões das suspeitas diagnósticas e das condutas realizadas.

Desenvolvimento Métodos: As informações presentes neste trabalho foram obtidas através de revisões de prontuários, entrevista com o paciente, análise de métodos diagnósticos realizados e revisão de literatura. Descrição: R.J.Z, masculino, 50 anos, refere icterícia súbita e permanente, diarreia por três dias e colúria e acolia. Relata dor em epigástrico uma semana antes dos episódios de diarreia, atenuada com uso de omeprazol. Refere, também, perda de 3 kg em uma semana, quando hospitalizado. Nega prostração ou anorexia. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, com mucosas ictéricas e com contratatura abdominal de defesa à palpação profunda. Em conduta inicial, teve-se a estabilização do paciente, por meio de hidratação e analgesia, e pedido de exames laboratoriais, dos quais tiveram alterações: TGO: 192U/L, TGP: 371U/L, Gama-GT: 1042U/L, bilirrubina total: 10,10 mg/dL, bilirrubina direta: 6,30mg/dL, bilirrubina indireta: 3,80 mg/dL, fosfatase alcalina: 224U/L, amilase: 140 U/L e CA 19-9: 1,3 U/mL. Posteriormente, realizou-se Ressonância Magnética (RM) e Duodenoscopia. A primeira apresentou linfadenomegalias peripancreáticas e a segunda mostrou lesão vegetativa e hemorrágica na papila de Vater, sendo biopsiada. A partir da análise histopatológica da lesão, foi feito o diagnóstico de carcinoma pouco diferenciado de células em anel de sinete. Com base no estadiamento clínico e

exames complementares, a conduta definitiva tomada foi a realização de duodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple). A cirurgia ocorreu bem, o paciente encontra-se estável e faz quimioterapia adjuvante. Discussão: Tumores na Ampola de Vater são raros entre os tumores periampolares, correspondendo a 5-10% dessa classe e representam 0,2% de todas as malignidades gastrointestinais (AKATSU et al., 2007). A icterícia é o sintoma mais comum (80% dos pacientes) e o tratamento padrão (duodenopancreatectomia) envolve a retirada da vesícula biliar, colédoco, estômago distal e piloro, todo o duodeno, 15 cm proximais do jejuno e da cabeça do pâncreas até o nível da veia mesentérica superior. A reconstrução do trato gastrointestinal é feita com uma porção proximal de alça do jejuno trazida através do mesocólon transverso, anastomosando-se com o ducto hepático comum, pâncreas e estômago (MAZZINI, G.S., VITOLA, S.P., RHODE, L., 2011). No presente caso, a icterícia foi permanente, sendo uma forma incomum nos casos de tumores de papila de Vater, visto que sua característica corriqueira é a de ser intermitente ou flutuante (SANTOS, L.N., OSVALDT, A.B., VITOLA, S.P., 2011), o que torna o caso ainda mais raro. Ela apresentou padrão obstrutivo, evidenciado pela colúria e acolia e pelo predomínio de bilirrubina direta. Portanto, a fim de descobrir-se a etiologia da obstrução, solicitou-se a RM e a Duodenoscopia. Outro fato a se ressaltar foi o resultado do teste para o marcador tumoral CA 19-9, que foi normal, evidenciando sua baixa importância diagnóstica, visto que o paciente possuía um tumor

Conclusão As neoplasias da ampola de Vater apresentam certa significância dentro do grupo das neoplasias periampolares. Apesar de sua baixa incidência, o conhecimento médico e acadêmico acerca da patologia, o diagnóstico precoce, a clínica e o tratamento cirúrgico adequados são importantes para aumentar consideravelmente a sobrevida de pacientes com essa neoplasia.

Referências Bibliográficas AKATSU, T. et al. Signet-ring cell carcinoma of the ampulla of Vater: Report of a case. *Surgery Today*, v. 37, n. 12, p. 1110–1114, 2007. MAZZINI, G.S., VITOLA, S.P., RHODE, L. In: ROHDE, L., OSVALDT, A.B. *Rotinas em Cirurgia Digestiva*. Porto Alegre, Ed. Artmed, 2ª Ed., 2011, p. 99-105. SANTOS, L.N., OSVALDT, A.B., VITOLA, S.P. In: ROHDE, L., OSVALDT, A.B. *Rotinas em Cirurgia Digestiva*. Porto Alegre, Ed. Artmed, 2ª Ed., 2011, p. 602-607. WAKASUGI, M. et al. Signet ring cell carcinoma of the ampulla of vater: Report of a case and a review of the literature. *International journal of surgery case reports*, v. 12, p. 108–11, 2015.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Mônica Manica

E-mail do autor principal moniimanica@gmail.com

Nome Júlia Lunelli

Nome Amanda Sandri

Nome Jéssica Weizenmann

Nome Gabriela Spessatto

Nome Marco Antônio Nardi

Nome Monique Michelin

Nome Pablo Santiago

Dados do trabalho

Categoria Pediatria

Título PROPTOSE OCULAR COMO CONSEQUÊNCIA DE RETINOBLASTOMA: RELATO DE CASO

Introdução Retinoblastoma é o tumor intra-ocular mais freqüente na infância. A idade média para o diagnóstico varia de 12 meses em casos bilaterais para 23 meses em tumores unilaterais. Embora corresponda a cerca de 3% das neoplasias malignas infantis nos países desenvolvidos, há evidências de que, nos países em desenvolvimento, seja ainda mais frequente. Não é raro, nesses países, que o diagnóstico do retinoblastoma seja feito tardiamente, quando muitas vezes a doença já apresenta disseminação extra-ocular, tornando-se de pior prognóstico. Este estudo aborda um caso de retinoblastoma com um curso incomum, levando a uma massa orbitária com proptose do olho direito.

Desenvolvimento Paciente masculino, 3 anos e 8 meses, pardo, vem encaminhado de sua cidade natal para o Serviço de Emergência do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP. Apresenta edema e proptose ocular direita há cerca de seis meses, com evolução progressiva do quadro. Mãe relata presença de mancha branca no olho direito desde um ano de idade. Realizaram-se tomografia computadorizada (TC) e Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de encéfalo e órbitas. Pela TC, observou-se lesão expansiva, sem planos de clivagem com a musculatura extrínseca do olho ou com o nervo óptico, ocupando difusamente a porção superior da órbita direita. Região orbitária esquerda parcialmente visível pelo posicionamento do paciente no exame. A RNM evidenciou lesão expansiva retro orbitária que invade sela túrcica, quiasma óptico, assoalho do terceiro ventrículo e artéria carótida comum direita. Órbita toda preenchida por tumor e hemorragia. Paciente encaminhado para avaliação oftalmológica, neurológica e para realização de biópsia de lesão. Paciente evoluiu com pupila esquerda não fotorreagente, diminuição da acuidade visual em olho esquerdo, rebaixamento do nível de consciência e crises convulsivas focais. Como hipóteses diagnósticas, destacam-se retinoblastoma, rhabdomyosarcoma retro-ocular e linfoma. Devido à suspeita de disseminação extra-ocular pela invasão do nervo óptico, os seguintes exames de avaliação foram solicitados: coleta de LCR, biópsia de medula óssea (BMO) e mielograma. Devido ao acometimento da visão contralateral, iniciou-se esquema de quimioterapia para retinoblastoma. Assim, houve significativa regressão da proptose ocular e paciente evoluiu sem demais intercorrências e sinais vitais estáveis. Resultados dos exames: Biópsia de lesão ocular: Neoplasia de pequenas células redondas, compatível

com Retinoblastoma; LCR: positivo para células neoplásicas; ausência de neoplasia em BMO. Visto que o prognóstico depende do estágio da doença ao diagnóstico, seu atraso e, por consequência, o não tratamento precoce do tumor, a exemplo do caso em discussão, podem ser até mesmo fatais. A evolução desfavorável do paciente na internação, com diminuição da acuidade visual em olho esquerdo e rebaixamento do nível de consciência, podem nos sugerir diferentes vias de dispersão tumoral, através do espaço subaracnoide atingindo o nervo óptico contralateral, o que torna a taxa de mortalidade da doença superior a 50%. Assim como evidenciado na TC de encéfalo e órbitas do paciente, a via mais comum de disseminação metastática da doença é a infiltração do SNC via nervo óptico ou via coroide adentrando esclera e preenchendo a órbita. Quanto à apresentação clínica do retinoblastoma, esta depende do tamanho e da localização do tumor, sendo a leucocoria o sinal mais comum da doença. Outros sinais também podem estar presentes, incluindo estrabismo, nistagmo, hiperemia ocular e diminuição ou perda total da acuidade visual, demonstradas ao exame clínico do indivíduo relatado.

Conclusão O retinoblastoma é causado por uma mutação congênita na proteína R. Cerca de 80% ocorrem em crianças com menos de 3 anos, sendo de suma importância a pesquisa do reflexo ocular no recém-nascido. O tratamento é planejado a partir do estágio e da extensão tumoral, tendo como objetivo a preservação da vida e da visão do paciente, a partir de tratamentos conservadores a até mesmo a enucleação ocular.

Referências Bibliográficas 1. https://www.uptodate.com/contents/retinoblastoma-clinical-presentation-evaluation-and-diagnosis?source=search_result&search=retinoblastoma&selectedTitle=1~82 2. https://www.uptodate.com/contents/retinoblastoma-treatment-and-outcome?source=search_result&search=retinoblastoma&selectedTitle=2~82 3. <http://www.apjo.org/apjo/pdf/id/490.html> 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5381292/>



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Mosseli Meinhart

E-mail do autor principal mosseli.m@hotmail.com

Nome Laurenlisiê Lourega Heitling Brittes

Nome Thaís do Nascimento Izolan

Nome Mateus Picada Correa

Nome Jaber Nashat de Souza Saleh

Nome Julio Cesar de Mello Bajerski

Nome Rafael Stevan Noel

Nome João Isidro Fracasso

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título TRATAMENTO DE DISPNEIA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA EM PACIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO COM STENTS

Introdução O câncer pulmonar, que resulta do epitélio respiratório, é classificado em dois grandes grupos histológicos: câncer pulmonar de células pequenas (CPCP) e câncer pulmonar de células não pequenas (CPCNP). É o tumor maligno mais incidente, apresentando aumento 2% ao ano na sua ocorrência mundial. Segundo o INCA, a última estimativa brasileira expôs que há 28.220 casos, e atinge duas vezes mais homens que mulheres. As complicações e os sintomas do câncer pulmonar dependem da sua localização e da sua extensão. Um tumor que comprime a veia cava superior irá causar a Síndrome da Veia Cava Superior, já um tumor que acomete os brônquios, pressionando-os, irá gerar dispneia progressiva e intensa. Assim, é importante lançar mão de tratamentos, mesmo que paliativos, para preservar a qualidade de vida do paciente. Este trabalho é um relato de uma conduta paliativa e efetiva no alívio dos sintomas.

Desenvolvimento **DESCRIÇÃO DO CASO** Paciente feminina, 59 anos, branca, com história de carcinoma epidermóide de pulmão desde 2014, lobectomia inferior direita prévia e recidiva mediastinal, apresentando dispneia e episódio de hemoptise há um mês. Realizou tomografia computadorizada (TC) que demonstrou lesão medindo 3,2 x 4,2 cm, compressiva, infiltrativa e invasora da parede lateral da traqueia e brônquio principal direito (figura 1). Esta estenose traqueobrônquica por invasão tumoral foi diagnosticada como a causa da dispneia. A paciente não era uma candidata cirúrgica devido ao grau de infiltração do tumor e risco cirúrgico elevado. Diante do quadro grave de dispneia foi necessária uma intervenção não-cirúrgica imediata por meio da implantação de um stent brônquico (figura 2). O procedimento foi realizado com a passagem de fio guia para brônquio fonte esquerdo, e dilatação com cateter balão 10x60mm e implantação de dois stents WallStent 16x40mm e 20x80 na traqueia com extensão para o brônquio fonte esquerdo. Após o final do procedimento foi avaliado o posicionamento das stents por meio de radioscopia e broncoscopia. A paciente apresentou melhora imediata dos sintomas após a implantação dos stents. **DISCUSSÃO** O câncer de pulmão é o mais comum de todos

os tumores malignos, com o aumento de 2% por ano na sua incidência. Seus principais fatores de risco são o tabagismo, doenças pulmonares crônicas e heranças genéticas. É uma neoplasia com diversos sintomas, como dispneia, hemoptise, tosse e dor torácica, algumas delas, inclusive, necessitam de intervenção imediata por riscos maiores de complicações e até morte. A estenose traqueobrônquica é redução da luz das vias áreas superiores, que evolui com dispnéia, estridor e pneumonia obstrutiva, sendo as neoplasias pulmonares uma das suas causas mais frequentes. Dependendo da localização e da extensão comprometida, uma pequena exacerbação da obstrução pode significar risco imediato de vida. Assim, quando a cirurgia não for possível, a alternativa são os tratamentos menos invasivos e paliativos, como as endopróteses. Na literatura não há muitos relatos sobre a experiência médica com os stents no tratamento da obstrução das vias aéreas. Entretanto, nos casos relatados, as endopróteses brônquicas, mesmo sendo um tratamento paliativo e não definitivo, foram capazes de aumentar a sobrevida dos pacientes e melhorarem a sua qualidade de vida. Nossa equipe decidiu pela realização da implantação de stents brônquicos pela situação clínica da paciente, que apresentava dispnéia rapidamente progressiva e não se encaixava nos critérios cirúrgicos, devido a infiltração do tumor e grande risco cirúrgico. Foi necessário o implante de dois stents pois houve deslocamento proximal de um dos dispositivos durante o procedimento. Porém, a paciente apresentou melhora significativa ao final do procedimento, identificada na pressão de inspiração do ventilador mecânico.

Conclusão Apesar de ser um tratamento paliativo, os stents permitem a permeabilidade das vias aéreas evitando que tumores compressivos obstruam os brônquios, impossibilitando a respiração. Eles proporcionam uma melhor qualidade de vida e o aumento da sobrevida. Os stents são uma alternativa àqueles pacientes que não são aptos para cirurgias convencionais, mas que necessitam de um tratamento rápido e eficaz.

Referências Bibliográficas ANJOS, D.M. dos; JUNQUEIRA, J.J.M.; GOMES, D.B.D; TERRA, R.M; MINAMOTO, H; JATENE, F.B. Endopróteses: opção terapêutica para estenoses traqueobrônquicas adquiridas. Rev Med (São Paulo). 2007 jul.-set.; 86(3):174-84. MARCHESI, R.; POIDOMANI, G.; PAGLINO, G.; CRIMI, C.; NIGRO, C. L.; ARGANO, V. Fully Covered Self-Expandable Metal Stent in Tracheobronchial Disorders: Clinical Experience. Respiration 2015;89:49-56 INCA. Câncer de pulmão. Disponível em: Acesso em: 24 de agosto de 2017. GOLDMAN, L.; SCHAFER. A. I. Goldman Cecil Medicina. 24ª edição. Rio de Janeiro – RJ. Elsevier, 2014.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Paula Cadore Winter

E-mail do autor principal paulacadore@gmail.com

Nome Vinícius Buaes Dal Maso

Nome Felipe Thomé dos Santos

Nome Alano Cardozo Macagnan

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título Uma distinta causa de hemoptise

Introdução Hemoptise é o sangramento proveniente das vias aéreas inferiores, cujas apresentações mais comuns são tosse com eliminação de sangue. É um sinal comum e inespecífico, ocorrendo em uma grande variedade de doenças. Essa manifestação sempre requer investigação, sendo fundamental a determinação de sua causa. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar uma das inúmeras etiologias que causam hemoptise, através do relato de uma patologia não comumente associada a essa condição como o melanoma metastático.

Desenvolvimento Relata-se o caso de uma paciente de 30 anos, gestante de 25 semanas, com quadro de hemoptise franca associada à insuficiência respiratória aguda que chega à maternidade do hospital, em estado de choque. Realizado Raio-X de tórax com achado de massa em segmento superior do lobo inferior esquerdo. Paciente segue em mal estado geral, sendo encaminhada à emergência e solicitada internação em CTI com necessidade de ventilação mecânica. É realizada tentativa de embolização de artéria brônquica esquerda, sem sucesso. Paciente é estabilizada hemodinamicamente, sendo procedida a intubação orotraqueal, a sedação e os ajustes de parâmetros de ventilação mecânica. Realizada angiotomografia de tórax que confirmou presença de massa pulmonar no lado esquerdo. Conforme discutido com a equipe obstétrica, optou-se por interrupção da gestação, realizada sem intercorrências. Paciente submetida à lobectomia e fibrobroncoscopia, com resultado de metástase de melanoma no anatomopatológico. Realizados exames de estadiamento do melanoma maligno com resultado de metástase óssea, cerebral, hepática e pulmonar, sem sítio primário identificado. Paciente realiza sessão de radioterapia holocraneana e recebe alta hospitalar, sendo previsto acompanhamento ambulatorial. As hemoptises podem ser divididas quanto à etiologia em vários grupos: causadas por infecções, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, neoplasias, vasculites, coagulopatias, trauma, uso de drogas, iatrogenia e corpo estranho e sem causa aparente. ¹ As causas mais comuns de hemoptise em países desenvolvidos são bronquites, carcinoma broncogênico e bronquiectasias enquanto, em países endêmicos, a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* é a mais prevalente. ² No Brasil, tem destaque a origem infecciosa, responsável por 78% dos casos e a neoplásica responsável por 10% dos casos, segundo estudo realizado em um hospital no Recife¹. Dentre as etiologias infecciosas, as bronquiectasias representaram 38% dos casos, a tuberculose pulmonar ativa representou 8% e a pneumonia comunitária

6%.¹ Em uma série de casos de pacientes em fase de embolização arterial para hemoptise, as causas mais comuns de hemoptise foram bronquiectasias (40%), metástase pulmonar (14%), câncer de pulmão (12%) e infecção fúngica (7%).² A principal causa não infecciosa encontrada em pacientes com hemoptise foi a neoplásica, que pode ser causada por carcinoma broncogênico primário, carcinoma endobrônquico metastático (melanoma, câncer de mama, cólon ou células renais) e carcinoide brônquico.² Os sintomas clássicos do câncer que acometem o pulmão são hemoptise, tosse, dispneia, dor torácica e infecções torácicas recorrentes, podendo essas manifestações clínicas serem decorrentes do crescimento local do próprio tumor ou de metástases.¹ No contexto oncológico, a hemoptise é uma manifestação tardia da doença que traduz comumente doença avançada ou metastática com um prognóstico bastante reservado.¹

Conclusão Sendo a hemoptise um achado prevalente na prática clínica e multifatorial quanto às suas causas, uma completa investigação se faz crucial para a realização do diagnóstico correto. É necessário, portanto, atentar à equipe médica as possibilidades não usuais para seu aparecimento como a do caso relatado.

Referências Bibliográficas ¹ LUNDGREN, F. L. C. et al. Hemoptise em hospital de referência em pneumologia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2010, 36(3):320-324, 2010. ² Disponível em www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hemoptysis-in-adults?source=search_result&search=hemoptise&selectedTitle=1~150. Acesso em: 10 ago.2017.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Paula Cadore Winter

E-mail do autor principal paulacadore@gmail.com

Nome Cristiane Barelli

Nome José Ivo Scherer

Nome Michele Muraro

Nome Bruna Nikititz Lopes

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título Oncologia Integrativa: uma experiência desenvolvida em serviço de radioterapia

Introdução O câncer constitui um grave problema de saúde pública, no âmbito nacional e mundial. Esta realidade, em especial nos países em desenvolvimento como o Brasil, requer investimentos nas políticas públicas de saúde para atender as necessidades da população, com destaque para o cuidado humanizado e a atenção oncológica integral. Ao longo dos anos, com os avanços científicos e tecnológicos relacionados ao diagnóstico precoce e abordagens terapêuticas das neoplasias, o tratamento destas patologias tem sido mais resolutivo. No entanto, esta evolução não tem o mesmo ritmo na proposição de tecnologias leves e no desenvolvimento de competências e habilidades pelas equipes de saúde, com intuito de promover qualidade de vida e saúde nestes cenários e contextos. O objetivo desse estudo é relatar as percepções de acadêmicos de medicina sobre a humanização do cuidado oncológico realizado em um serviço de radioterapia.

Desenvolvimento A pesquisa consiste em um estudo qualitativo, descritivo-interpretativo, de abordagem hermenêutica simbólica. Foi realizada no Instituto do Câncer do Hospital São Vicente de Paulo, com o protocolo aprovado pelo CEP/UPF. A coleta de dados se deu pela participação, observação e registros relativos à Oficina de Oncologia Integrativa e Leitura de Imagens, realizada em junho de 2017. Além da ficha do perfil dos participantes, foram utilizados como instrumentos Entrevista Aberta e Diário de Campo do pesquisador. A entrevista aberta foi conduzida por meio do seguinte questionamento: "o que significou para mim esse processo de formação de leitura de imagem?", à luz da humanização do cuidado e da integralidade da atenção oncológica. Dos cinco encontros realizados, participaram três estudantes de medicina, dois pacientes e um farmacêutico, após assinatura do termo de consentimento. Esse trabalho se detém em relatar as percepções dos acadêmicos sobre o cuidado oncológico. Houve consenso sobre a excelência técnica do tratamento realizado no serviço. Contudo, as estudantes perceberam lacunas na relação médico-paciente e nas ofertas de cuidado oferecidas, especialmente em relação a tecnologias leves e no apoio à família. Considerando as sérias repercussões que o câncer desencadeia, é crucial que a comunicação entre o profissional e o paciente, as relações de cuidado, a adequada informação (quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico) e o respeito à autonomia sejam verdadeiramente ato no fazer em saúde. Outro resultado alcançado com a realização da Oficina foi a aproximação entre os

pacientes e a equipe de saúde, propiciando espaço de escuta qualificada e de acolhida de demandas (algo que as sessões de radioterapia não permitem). Ficou claro para os discentes a necessidade de esclarecer melhor os pacientes sobre a doença e o tratamento, tendo em vista que o acesso às informações é direito, autonomia e respeito, pressupostos da Política Nacional de Humanização/ HumanizaSUS. Os avanços no desenvolvimento tecnológico e científico, especificamente na área da saúde, ocasionaram a qualificação dos diagnósticos e tratamentos. Porém, levaram a um distanciamento e até prejuízos nos aspectos relacionais entre a equipe de saúde e a pessoa cuidada. Corroborando com outros estudos a percepção dos estudantes é unânime quanto a necessidade de aprimorar a relação médico-paciente, desde o ensino de graduação.

Conclusão Os acadêmicos concluem que o tecnicismo excessivo contraditoriamente traz qualidade procedimental, mas compromete a competência relacional, prejudicando o componente humano das relações. A integralidade do cuidado e da atenção pressupõem “olhar o paciente como um todo”. Confortar sempre, mesmo que curar às vezes não seja viável e possível, especialmente na área da oncologia.

Referências Bibliográficas AYRES, J.R.C. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 549-560, Set. 2005. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília (2005a dez 9);Sec.1:80-1. MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In Cecilio, L. C. O. (org.) Inventando a mudança na saúde, São Paulo: Hucitec, 1994.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Raiana Manfio Lavratti

E-mail do autor principal raianalavratti@gmail.com

Nome Vinícius F. Czapla

Nome Vítor Prochnow

Nome Gerson Luis Urnau

Nome Rogério Tumelero

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título IMPLANTE TRANSCATETER DA VALVA AÓRTICA COMO ALTERNATIVA PARAPACIENTES DE ALTO RISCO CIRÚRGICO PORTA

Introdução A estenose aórtica (EA) representa uma doença progressiva e de pobre prognóstico, sendo a cirurgia convencional ainda a terapia de escolha aos portadores de EA severa.

O implante transcaterter da valva aórtica (TAVR) é uma terapia potencial e eficaz, especialmente aos pacientes portadores de alto risco operatório como mostrado e discutido abaixo.

Desenvolvimento Caso: Feminina, 85 anos, branca, do lar, natural e procedente de Soledade, RS. História pregressa de implante de TAVR em maio de 2016 por contraindicações cirúrgicas que ocorreu sem intercorrências e com boa evolução. Na época apresentava-se com EA grave com área valvar de 1 cm² e aneurisma da aorta ascendente com 55mm de diâmetro em porção tubular. Ao cateterismo de câmaras direitas apresentava HAP com PAPm de 30 mmHg. Angiografia de artérias coronárias com lesão discreta em terço distal do tronco da artéria coronária esquerda, artéria descendente anterior com estenose severa de 80% em óstio, artéria coronária circunflexa com lesão grave de 80% em óstio e artéria coronária direita com lesão moderada de 50% em terço médio, as quais foram tratadas por angioplastia percutânea com implante de stent na ocasião. Em 2017 retorna com quadro de dispneia, taquicardia e angina aos mínimos esforços com novo diagnóstico de estenose aórtica. Realizou-se angioplastia por cateter, valvotomia percutânea e implante transluminal de valva aórtica. Paciente manteve-se assintomática e com boa evolução. A doença degenerativa da valva aórtica, que resulta em estenose grave, é a doença cardíaca valvar mais comum nos países desenvolvidos. A substituição cirúrgica da valva aórtica (SAVR) continua a ser a melhor terapia estando associada a altas taxas de sobrevida e melhora dos sintomas. Por outro lado, vários pacientes não são candidatos SAVR devido a comorbidades, o que estabelece alto risco operatório. Assim, sem intervenção cirúrgica, estamos diante de um mau prognóstico com uma taxa de mortalidade de 50% em 1 ano e até 68% em 2 anos. Atualmente, a mortalidade em uma reoperação eletiva da valva aórtica varia entre 2% e 7%, todavia podendo aumentar para mais de 30%. Para este subconjunto de pacientes, o TAVR representa

uma alternativa menos invasiva à cirurgia convencional detendo já um benefício precoce ao estado de saúde quando comparado à cirurgia, com melhora sintomatológica da insuficiência cardíaca, ao esforço e melhora na qualidade de vida em um mês. Para isso, o resultado bem-sucedido depende da seleção do paciente, da bioprótese, da antecipação de complicações e do planejamento técnico. Em relação ao tamanho da valva, a utilização de valvas com um diâmetro interno maior pode resultar em embolização da valva. Já o uso de biopróteses de menor diâmetro pode levar à subexpansão, interferindo no desempenho hemodinâmico a curto e longo prazo e repercutindo em maior gradiente residual. Como em nosso paciente, em procedimentos valve in valve há uma preocupação em torno de um gradiente residual mais significativo. Nestes casos, observa-se um maior gradiente em biopróteses com diâmetro interno <19 mm. Entretanto, ainda assim na presença de um gradiente residual alto, os relatórios têm demonstrado excelente melhora sintomática. Entretanto, concordamos em realizar tal procedimento apenas quando o risco de operatório for proibitivo. Os métodos de inserção variam de acordo com

Conclusão Em pacientes com EA com alto risco cirúrgico para a cirurgia convencional, o TAVR mostrou-se eficaz e seguro, com boa sobrevida, baixas taxas de AVC e melhora de sintomas. Os últimos resultados têm sido satisfatórios, mas ainda existem informações limitadas sobre o seguimento a longo prazo destes pacientes.

Referências Bibliográficas Health status after transcatheter or surgical aortic valve replacement in patients with severe aortic stenosis at increased surgical risk. The American College of Cardiology Foundation, 2015. Health Status after transcatheter aortic valve replacement in patients at extreme surgical risk. The American College of Cardiology Foundation, 2016. TOURMOUSOGLOU, Christos; LALOS, Spiros; DOUGENIS, Dimitrios. Is aortic valve repair or replacement with a bioprosthetic valve the best option for a patient with severe aortic regurgitation? Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery, 2013. ADAMS, David H. et al. Transcatheter aortic-valve replacement with a self-expanding prosthesis. New England Journal of Medicine, 2014.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal RICARDO TOBIAS SARTORI GRADASCHI

E-mail do autor principal ricardotobiassartori@hotmail.com

Nome LUCAS BERNARDON

Nome MATHEUS RAMOS

Nome TAMARIS FIOR

Nome JOÃO PEDRO LANGARO

Nome LUIZA MAIDANA MARQUES

Nome ANDREZA MALDANER

Nome PÉRSIO STOBBE

Dados do trabalho

Categoria Ginecologia e Obstetrícia

Título Agranulocitose em gestante com doença de Graves

Introdução Agranulocitose é um termo utilizada para a contagem de neutrófilos abaixo de 500 mm³, a qual pode ser causada pelo efeito adverso do uso de medicamentos para o controle de determinadas doenças, como é o caso do hipertireoidismo primário na doença de Graves. As medicações que estão relacionadas ao tratamento de tal patologia pertencem ao grupo farmacológico das tiamidas, em que estão inclusas as drogas propiltiouracil(PTU) e o metimazol(MMI), ambas utilizadas no manejo do hipertireoidismo. Essas terapias apresentam como mais nocivo efeito adverso o risco de agranulocitose, o qual pode ser evidenciado entre 0,2 a 0,5% dos pacientes que utilizam esses fármacos.¹

Desenvolvimento Relato de caso: paciente MD; 36 anos; do sexo feminino; procedente de Palmeira das Missões; gestante no 2º trimestre de gravidez; diagnosticada com hipertireoidismo há 12 anos(doença de Graves), com utilização prévia de propiltiouracil; controlada do ponto de vista de sua doença de base, uma vez que não utilizava a droga há 6 meses; com a última gestação há dois anos; apresentou crise tireotóxica de início súbito com dispnéia e taquicardia, sendo tal exacerbação tireoidiana manejada com PTU na sua cidade de origem. Contudo, no dia posterior ao início da terapia, é admitida na emergência com hemograma mostrando leucopenia com 675 mm³ leucócitos, sendo 400 neutrófilos mm³ e 160 linfócitos mm³, TSH 0,005 mUI/L, T4 livre 3,32 ng/dL, T4 total 24 ng/dL e T3 1,9 ng/dl, mostrando um hipertireoidismo, com TSH suprimido e T4 e T3 elevado. Ao encontro desses marcadores, a paciente apresentou uma ecografia de tireoide mostrando bócio difuso, com textura heterogenia e aumento importante na vascularização, sem nodulações. Desse forma, diante desse quadro exposto, foi levantada a hipótese de agranulocitose promovida pelo fármaco antitireoidiano e a suspeita de leucemia aguda, uma vez que a gestante apresentou um hemograma sugestivo dessa patologia, a qual foi investigada com biopsia de medula óssea, citogenética e imunofenotipagem, sendo negativo os resultados. A partir desses resultados e da investigação clínica, a paciente foi diagnosticada com agranulocitose proveniente do uso propiltiuracil, sendo manejada com a utilização de betabloqueador e corticoide para os efeitos da tireotoxicose, dado que, os medicamentos não só inibem a

conversão de T4 em T3 nos tecidos periféricos mas também a secreção dos hormônios da tireoide, e a suspensão imediata do possível causador do problema. O uso de iodo para o controle do quadro clínico é desfavorável, visto que existe o risco de ablação da tireoide do feto, além da paciente ser alérgica ao composto. Paciente deu alta hospitalar com o uso de betabloqueador e corticóide para estabilização do quadro da doença de Graves.² Visto que é uma relato de caso referente ao manejo de gestante com doença de Graves, é oportuno aqui abordar o controle adequado do hipertireoidismo na gravidez, visto que a negligência do tratamento adequado pode trazer risco não só à gestantes também ao feto. Entre as complicações maternas e obstétricas estão listadas a insuficiência cardíaca, pré-eclâmpsia/hipertensão, crise tireotóxica, ameaça de aborto e aborto, descolamento de placenta e parto prematuro, já em relação as fetais estão relatadas hipertireoidismo, retardo do crescimento intrauterino, malformações, baixo peso ao nascer e até mesmo morte fetal. Em relação ao tratamento as tionamidas são a escolha, sendo recomendada a utilização de propiltiouracil no 1º trimestre (devido à suposta embriopatia associada ao MMI) e a utilização de metimazol depois desse período, visto que apresenta menor hepatotoxicidade que o PTU.^{3 4}

Conclusão Portanto, o manejo adequado da paciente com hipertireoidismo é muito importante, uma vez que pode trazer risco materno, obstétricos e fetais. Além disso, deve-se ter cuidado em relação aos efeitos adversos das terapias para o controle dessa doença, os quais quando presentes indicam suspensão imediata das condutas abordadas, indicando-se medicamentos secundários para o tratamento desses pacientes.

Referências Bibliográficas 1. COATES T D. Drug-induced neutropenia and agranulocytosis. UpToDate. 2016. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em:04/09/2017 2.VILAR L. Endocrinologia Clínica. In: Abalovich M S, Alcaraz G, Gutiérrez S. Disfunção Tireoidiana na Gravidez. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 351-362 3.Fuchs F D, Wannmacher L. Farmacologia Clínica e Terapêutica. In: BRANCHTEIN L, MATOS M C G, SCHEFFEL R S, Doenças da tireoide. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 707-717 4.Bártholo B B G R, Hipertireoidismo na Gestação. Revista Universitária Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, v. 13, n. 120, jul/set 2014. Obstetria-parte 1.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal RICARDO TOBIAS SARTORI GRADASCHI

E-mail do autor principal ricardotobiassartori@hotmail.com

Nome LOUISE MENEGAT

Nome MAIARA ALVES

Nome THAIS NEDEL

Nome IGOR PAZ AUGUSTIN

Nome SHAINÉ POLETTI

Nome CARLA BEATRICE CRIVELLARO GONÇALVES

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título Projeto de extensão sobre o uso correto de medicamentos com enfoque na qualidade devida do paciente

Introdução O projeto uso correto de medicamentos integra o programa de extensão comunitária ComSaúde da UPF, núcleo que inclui diversos projetos de extensão, visando aumentar a aproximação do mundo acadêmico com a comunidade, isto é, introduzir de forma assertiva o conhecimento aprendido no universo acadêmico na melhoria da qualidade de vidas das pessoas. Tal iniciativa teve seu começo devido ao fato de ser evidente, na prática clínica, a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e seus pacientes no que diz respeito ao esclarecimento das estratégias de saúde sobre não só os reais benefícios que as iniciativas introduzidas podem trazer à saúde dos beneficiários, mas também a importância de serem seguidas a rigor. Dito isso, o projeto uso correto trabalha na melhoria do entendimento do paciente sobre o seu processo saúde e como as práticas introduzidas pela equipe médica irão interferir na melhoria de sua vida.

Desenvolvimento Diante do que foi exposto, fica explícito que o projeto de uso correto de medicamentos visa proporcionar aos seus assistidos além de um melhor entendimento de seus problemas de saúde, uma compreensão sobre como as terapêuticas e condutas médicas poderão melhorar sua vida. Para alcançar uma excelência na abordagem desses pacientes, o programa conta com acadêmicos das faculdades de farmácia e medicina. Com a integração desses dois cursos é possível fazer uma história clínica completa, focada integralmente no paciente, ou seja, abordando todas as facetas que podem interferir no cuidado dessas vidas: comorbidades, medicamentos em uso, interações medicamentosas, dificuldades na utilização e adesão aos fármacos. Os pacientes que fazem parte do projeto são encaminhados pelos médicos do ambulatório de especialidade médica da UPF, que os avaliam quanto a necessidade de acompanhamento pela equipe multidisciplinar do projeto, levando em consideração fatores de má aderência às terapias medicamentosas propostas aos beneficiários. As consultas do projeto são executadas no ambulatório da UPF, visto que não só é mais cômodo para o paciente, pois suas consultas com os médicos são realizadas ali; mas também existe nesse local uma infraestrutura adequada para prática clínica eficiente. A partir de todas as informações colhidas e analisadas, avalia-

se o paciente de forma completa, utilizando como suporte diversas plataformas de auxílio, como o Formulário Terapêutico Nacional, a base de busca de dados Up to date e Medscape, para concluir se existe alguma forma de interação medicamentosa, superdosagem ou efeito adverso que possa estar dificultando o processo evolutivo positivo do paciente. Feitas tais análises, com todo o embasamento científico, encaminha-se o integrante do programa para o seu clínico, com o parecer dos integrantes do projeto sobre o que pode ser feito para se atingir uma primazia em saúde àquele paciente. Aliás, existe um seguimento com os pacientes do projeto, em outras palavras, não se resume a uma consulta, mas sim a uma longitudinalidade no cuidado. Os resultados obtidos a partir da avaliação contínua dos pacientes são muito satisfatórios, visto que é evidente a melhora de seus sintomas; do entendimento sobre suas doenças; e da forma como que se deve utilizar seus fármacos (nos horários corretos e de forma periódica). Além das melhoras clínicas supracitadas, também é perceptível uma melhora na autoestima dos pacientes, dado que, a partir das atividades desenvolvidas no programa, diminuem sua dependência dos familiares, em relação a utilização dos medicamentos nos momentos corretos.

Conclusão A existência do projeto de extensão uso correto de medicamentos, portanto, é de grande valia para a comunidade. Tal iniciativa integra os cursos de farmácia e de medicina para promover uma avaliação mais detalhada e criteriosa sobre os medicamentos que estão sendo utilizados pelos pacientes, a fim de proporcionar uma melhor perspectiva de saúde para os que necessitam desse auxílio.

Referências Bibliográficas Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Rodrigo Alberton da Silva

E-mail do autor principal rodrigoalbertondasilva@gmail.com

Nome KIELLI CARLA FACHIN GUERRA

Nome NATHALIA SANVIDO ZANDONÁ

Nome ANGÉLICA STEFANELLO FACCO

Nome SEILA MARIA OLIVEIRA DE ABREU

Nome MARISTELA PIVA

Nome BRUNO MARTINS NOVELLO

Nome CRISTIANE BARELLI

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título QUAIS OS FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL?

Introdução O tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) tem avançado muito, ampliando a sobrevida dos pacientes, minimizando os efeitos adversos e proporcionando qualidade de vida. No Brasil, esse tratamento é oferecido gratuitamente, bem como o acompanhamento clínico e laboratorial, e isso ocorre em serviços especializados, por meio de equipes multiprofissionais.

Sabendo que a adesão ao tratamento é fator decisivo para manter a qualidade de vida dos pacientes e impedir a transmissão da doença, o grupo tutorial do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-SAÚDE Gradua-SUS que está atuando no Serviço de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo/RS, aovivenciar o cotidiano do serviço, sentiu-se desafiado a investigar quais os fatores que influenciam a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) na percepção dos profissionais de saúde que atuam no serviço.

Desenvolvimento Trata-se de estudo observacional e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com oito profissionais da saúde que atuam no serviço, maiores de 18 anos, com vínculo superior a 60 dias com o SAE e que assinaram o termo de consentimento. A coleta de dados foi realizada pela técnica de grupo focal, com gravação em áudio e posterior transcrição. Os resultados foram interpretados pela análise de conteúdo. Participaram 7 mulheres e 1 homem, com profissões variadas: assistente social, enfermeiro, médico infectologista, psicólogo e técnico de enfermagem. O tempo de vínculo com o SAE variou de 1 a 13 anos. Os elementos identificados pela equipe de saúde como dificultadores da adesão do paciente ao tratamento para HIV/AIDS podem ser agrupados em quatro categorias: a) de ordem farmacológica (efeitos adversos e complexidade terapêutica); b) da aceitação do diagnóstico e da doença (preconceito, estigma, exclusão social e distúrbios psicológicos); c) aspectos cognitivos (compreensão da doença de curso crônico, bem como seu prognóstico); d) e aspectos relacionais (falta de aceitação e apoio familiar, no ambiente de trabalho e na sociedade como um todo). A equipe de saúde também identifica que os pacientes que são soropositivos há mais tempo apresentam menor adesão ao tratamento. Ao serem questionados sobre estratégias que podem melhorar

a adesão identificaram o acolhimento qualificado pelo SAE, bem como a criação de vínculos entre os pacientes e a equipe. Os profissionais reconhecem que o serviço pode oferecer outras intervenções terapêuticas além das consultas, exames e medicamentos, como exemplo grupo de apoio (que eles [pacientes] pudessem participar, que a gente pudesse explicar mais coisas) e cuidado centrado na família. Os profissionais reconhecem limitações estruturais (pessoal e transporte) que poderiam qualificar a adesão, tal como a busca ativa de pacientes não aderentes ou que abandonam o tratamento. Percebem, ainda, o aumento dos diagnósticos em jovens a partir de 15 anos, pois iniciam a vida sexual precocemente, sem orientações adequadas para prevenir as infecções sexualmente transmissíveis. Em uma perspectiva mais ampla, a equipe acredita que a favorável evolução da terapêutica diminuiu a veiculação do problema da transmissão do HIV/AIDS na mídia, podendo até banalizar as medidas de prevenção. Entretanto, estamos diante de uma doença crônica, sem cura, e que compromete muito a vida dos soropositivos.

Conclusão Os profissionais revelaram que aspectos farmacológicos, aceitação da doença, questões cognitivas e relacionais influenciam na adesão ao TARV. Apesar dos avanços terapêuticos ocorridos, para enfrentar a epidemia AIDS é necessário ampliar o acesso à educação sexual, cuidados de saúde de qualidade e o enfrentamento permanente do conservadorismo e de toda violência e discriminação contra PVHA.

Referências Bibliográficas BOLELLA, V.R.; et al. (Org.) Adesão : o presente e o futuro na luta para o controle do HIV/aids. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2016. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. GRECO, D.B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, maio 2016 . POPE, C. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Santiago Borges

E-mail do autor principal borges.santiago06@gmail.com

Nome Eduardo Furtado Coronel

Nome Francisco Antunes de Moraes Neto

Nome Jaber Saleh

Nome Jorge Roberto Marcante Carlotto

Nome Juarez Antonio Dal Vesco

Nome Lucas Duda Schmitz

Dados do trabalho

Categoria Cirurgia

Título Variação Anatômica de Artéria Hepática Direita: Relato de Caso

Introdução A conformação mais comum da vascularização hepática ocorre a partir da trifurcação do tronco celíaco em artérias esplênica, gástrica esquerda e hepática comum. Após a emergência da artéria gastroduodenal, a artéria hepática comum segue como hepaticaprópria, a qual bifurca-se em hepáticas direita e esquerda. Tal estruturação anatômica está presente em aproximadamente 55% dos indivíduos¹. Segundo Michels, as variações quanto origem e posicionamento das principais artérias da vascularização hepática podem ser divididas em classes. A classe III desta classificação é descrita como a artéria hepática direita originada da artéria mesentérica superior¹.

Desenvolvimento Paciente masculino, 53 anos, após realização de tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste endovenoso para investigação de dor abdominal. O exame evidenciou uma origem anômala na estrutura da vascularização hepática, com a presença da artéria hepática direita emergindo a partir da artéria mesentérica superior (Figura 1 e 2). Essa variação anatômica, descrita como classe III na classificação de Michels, está presente em aproximadamente 11% dos indivíduos¹. O estudo realizado por Michels em 1966 ocorreu por meio da dissecação de 200 cadáveres com intuito de evidenciar possíveis ramificações alternativas de tronco celíaco e artéria mesentérica superior, classificando os achados em dez classes, sendo mais frequente a classe III¹. Segundo o estudo de meta-análise realizado por Noussios, no qual foram revisados os dados de diferentes estudos relacionados as variações anatômicas da vascularização hepática, a classificação de Michels tipo III foi a mais prevalente, ocorrendo em 3,7% dos 19.013 casos analisados². Nesse contexto, conforme uma revisão de 479 registros de transplantes hepáticos, analisando a vascularização hepática do doador falecido, foi evidenciado novamente a prevalência de classificação Michels III, ocorrendo em 5,63% dos doadores³. Em um estudo de menor abrangência, realizado no departamento de anatomia da PUC-PR, foram analisadas as ramificações dos vasos responsáveis pela vascularização hepática, evidenciando, mais uma vez, a prevalência dessa variação. Dessa forma, dos 30 cadáveres estudados, 10% apresentavam a artéria hepática direita como ramo da artéria mesentérica

superior⁴. A artéria hepática direita na maioria das vezes transita posteriormente à veia porta, entretanto, a presença dessa variação faz com que a artéria possa seguir junto a cabeça pancreática². A presença de uma artéria hepática direita junto à emergência da artéria mesentérica superior pode levar a complicações intra-operatórias em procedimentos que visam ressecção ou abordagem especialmente do pâncreas². Tais complicações estão associadas à relação de vasos mesentéricos com cabeça e processo uncinado do pâncreas, fazendo com que, por exemplo, em uma duodenopancreatectomia, a ausência do conhecimento prévio da variação anatômica do paciente, possa levar a uma severa lesão e dano irreversível da vascularização hepática.

Conclusão A presença de uma anomalia anatômica vascular hepática, como a artéria hepática direita ramo da artéria mesentérica superior, é um desafio para as equipes cirúrgicas abdominais. Estudo pré-operatório da anatomia vascular e dissecação vascular aprimorada da região devem fazer parte da rotina destas equipes.

Referências Bibliográficas 1. MICHELS, N. A. Newer anatomy of the liver and its variant blood supply and collateral circulation. *Am. J. Surg.* 1966;112(4):337-47. 2. NOUSSIOUS, G.; DIMITRIOU, I.; CHATZIS, I; KATSOURAKIS, A. The Main Anatomic Variations of the Hepatic Artery and Their Importance in Surgical Practice: Review of the Literature. *Journal of Clinical Medicine Research.* 2017; 9(4):248-252. 3. FONSECA-NETO, O. C. L. D. et al. Anatomic variations of hepatic artery: a study in 479 liver transplantations. *Arq. Bras. Cir. Dig.*, 2017 Jan-Mar; 30(1): 35–37 4. SEBBEN, G. A. et. al. Variações da artéria hepática: estudo anatômico em cadáveres. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, vol.40, no.3, mai/jun 2013.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Stéfanie Zamboni Perozzo

E-mail do autor principal stefaniezperozzo@gmail.com

Nome Frederico Hemkemeier Bisneto

Nome Ana Victória Coletto Reichert

Nome Andreza Crestani

Nome Daniela Grazziotin Lângaro

Nome Luiz Grandó

Nome Matheus Henrique Lima

Nome José Basileu Caon Reolão

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título PONTE MIOCÁRDICA ASSOCIADA AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UM RELATO DE CASO

Introdução A ponte miocárdica (PM), apesar de corriqueira entre as anomalias congênitas, é pouco comum quando associada a lesões coronarianas obstrutivas. É uma patologia que afeta as artérias coronarianas, apresentando um de seus segmentos envolto por um feixe de miocárdio comumente a artéria descendente anterior (ADA) (PEREIRA, 2009). A prevalência em procedimentos angiográficos é de 1,7% geralmente na porção média do trajeto da ADA (SORAJJA, 2017). O objetivo deste trabalho é relatar o perfil da paciente portadora de PM com apresentação incomum de IAM, a fim de elucidar a raridade do caso ao ser comparado a dados literários, além de conhecer conduta e procedimentos realizados para sua recuperação durante e após o episódio. Sua importância justifica-se pela pequena prevalência da síndrome referida, ainda mais, pela paciente apresentar uma lesão oclusiva da ADA associada à PM. Sua relevância se dá por ser diagnóstico diferencial da Doença Arterial Coronariana (PEREIRA, 2009).

Desenvolvimento Metodologia O presente trabalho foi realizado a partir da anamnese, revisão do prontuário, análise de exames complementares e procedimentos realizados, bem como, revisão literária (Medscape, UpToDate, PubMed e Scielo). Descrição e Discussão Paciente do sexo feminino, 45 anos, branca; chega à unidade de atendimento com queixa de dor torácica retroesternal em aperto, há um mês, de início insidioso, intensidade gradativa, irradiada para membro superior esquerdo; agravada, inclusive, aos pequenos esforços e acompanhada por dispneia, náuseas, vômitos e cefaleia; sem atenuações; com características típicas de síndrome coronariana aguda. Paciente interna para cateterismo, em vista de apresentar diagnóstico de PM em terço médio da ADA (fig.1), a qual resulta da falha do desenvolvimento sincrônico do miocárdio e dos ramos coronários, comprometendo, principalmente, a sístole, estreitando a luz arterial, que é reestabelecida na diástole (SORAJJA, 2017), como mecanismo compensatório. Tal diagnóstico foi confirmado por procedimento prévio realizado há quatro anos, em função de haver história familiar positiva para PM associada a IAM e fatores de risco, como dislipidemia e diabetes, desenvolvidos pela paciente. O achado serviu de indicação para acompanhamento cardiológico, amparando-se a exames complementares (imagem, laboratório e esforço) e conferindo, após resultados,

baixa probabilidade para isquemia miocárdica durante os anos subsequentes. Mesmo o quadro evoluindo dessa maneira, a literatura indica que a PM pode se apresentar com ou sem doença coronariana, associada ou não a lesão vascular (ESTEVES, 2010) (MACHADO, 2012). Há 30 dias, então, as características semiológicas da dor vêm se modificando e, por isso, foi aconselhado a realização de um novo cateterismo, que mostrou uma lesão severa em ADA associada ao trajeto intramiocárdico. Após sua realização, iniciaram sinais súbitos de dor torácica, sudorese e taquicardia, progredindo para um quadro de IAM, em decorrência à obstrução completa provocada pela presença de um trombo em ADA, ocasionando o evento. Tal quadro, apesar de não se saber ao certo seu significado fisiopatológico (ESTEVES, 2010), foi confirmado por um eletrocardiograma de 12 derivações (fig.2), que apresentou um supradesnível do segmento ST em parede anterior, sendo necessário um novo procedimento, que, após às tromboaspirações, resultou na introdução de um stent farmacológico. A paciente, apesar de não haver comprovações elucidadas sobre o prognóstico da doença (ESTEVES, 2010), segue em acompanhamento cardiológico, sob orientações de repouso, inicialmente, e mudança de estilo de vida, associados ao uso de anti-hipertensivos, anti-agregante plaquetário, antilipemiente.

Conclusão Embora seja um achado, que normalmente é assintomático e benigno, o paciente portador de PM pode evoluir para quadros mais graves, como o relato acima. Dessa forma, deve-se atentar aos sintomas clínicos apresentados principalmente a partir da terceira década de vida, a fim de que o prognóstico possa ser o melhor possível para os pacientes em geral.

Referências Bibliográficas ESTEVES, V. et al. a Ponte Miocárdica. v. 18, n. 4, 2010. MACHADO, E. G. et al. Ponte Miocárdica: revisão de literatura. Revista de MedicinaUSP, v.91, n. 4, p. 241-245, 2012 PEREIRA, A. B. et al. Ponte miocárdica: evolução clínica e terapêutica. Arq Bras Cardiol, v. 94, n. 2, p. 188–194, 2007. SORAJJA, P. et al. Myocardial bridging of the coronary arteries. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/myocardial-bridging-of-the-coronary-arteries.html>. Acesso em: 16 ago. 2017



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal THAÍS PLANTHOLD

E-mail do autor principal thaisplanthold@hotmail.com

Nome JÚLIA DE CASTILHOS SERAFINI

Nome THAÍS DO NASCIMENTO IZOLAN

Nome NATHALIA REGINA PAVAN

Nome MÁRCIO LUBINI

Nome PAULO REICHERT

Nome GUILHERME TONET

Nome GABRIELA ESTACIA AMBROS

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE HEMANGIOMA HEPÁTICO CAUSANDO COMPRESSÃO GÁSTRICA: UM RELATO DE CASO

Introdução Geralmente assintomáticas, as lesões subepiteliais e o abaulamento da mucosa gástrica por compressões extrínsecas são de difícil diferenciação na Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Com abordagens distintas devido a potencial gravidade de lesões de etiologia neoplásica é fundamental a utilização de exames de imagem complementares para confirmação diagnóstica.

Desenvolvimento Paciente masculino, 47 anos, em avaliação de dispepsia, realizou EDA onde encontrou-se área de abaulamento da parede do corpo gástrico alto, com mucosa adjacente normal, medindo cerca de 3cm de diâmetro, podendo corresponder a lesão sub-epitelial ou compressão extrínseca (Figura1). A biópsia demonstrou presença de gastrite crônica e *Helicobacter pylori*. Ressonância Magnética (RM) de abdome com contraste hepato-específico evidenciou lesão hepática nodular medindo 3,6 x 3,9 cm, com necrose central, localizada no segmento II em extensão cranial que abaula o contorno hepático e comprime a parede gástrica, porém sem diagnóstico etiológico característico e sem possibilidade de confirmar patologia benigna (Figura2). Exames laboratoriais para marcadores tumorais e de hepatites negativos. Frente a dúvida quanto a possível etiologia da lesão, sendo considerada também a possibilidade de neoplasia, optou-se pela realização de videolaparoscopia diagnóstica. Nesta, evidenciou-se lesão exofítica no lobo hepático esquerdo com achados compatíveis com hemangioma atípico. É rotina a solicitação de EDA em pacientes com sintomas dispépticos acima de 40 anos⁴. Os achados de lesões subepiteliais, nesse exame, são acidentais na maioria dos casos². Na EDA foram consideradas duas patologias principais: tumor estromal gastrointestinal (GIST) e compressão extrínseca gástrica. GIST são tumores que se originam das células intersticiais de Cajal enquanto a compressão extrínseca gástrica pode ocorrer por nódulos provenientes de estruturas vizinhas ao estômago¹. No entanto, a EDA possui capacidade limitada na diferenciação de lesões subepiteliais apenas com base no exame luminal². Os hemangiomas são as

neoplasias benignas primárias mais comuns do fígado. São tumores vasculares sólidos, pequenos, medindo em média 1-2cm de diâmetro, únicos em 90% dos casos e mais frequentes em mulheres entre 30 e 50 anos⁷. O lobo hepático direito posterior é o local mais frequente e sua etiologia é desconhecida. As complicações são raras e possuem relação com o tamanho do tumor³. De acordo com a RM e estudo de impregnação de contraste realizados, o achado não preencheu os critérios para lesão hepática benigna, pois apresentou necrose central⁶. Além disso, hemangioma tende a permanecer com as mesmas dimensões ou apresentar mínimo crescimento⁵. A videolaparoscopia foi fundamental para definir a etiologia benigna da lesão, evitando-se novos exames (muitas vezes desnecessários) ou com potencial risco ao paciente (como punções ou biópsias). No caso do paciente, o hemangioma, por ser uma lesão benigna e assintomática, não necessita de tratamento, apenas observação clínica com exames. Os sintomas dispépticos foram suprimidos com o tratamento do H. pylori.

Conclusão O hemangioma hepático é uma lesão normalmente característica, no entanto ocorrem apresentações atípicas⁵. Como apresentado em nosso relato de caso, essa lesão raramente causa compressão extrínseca gástrica e, desse modo, é importante levantar tal possibilidade no diagnóstico diferencial quando visto em exames endoscópicos ou de imagem.

Referências Bibliográficas 1. AVERBACH, M. et al. Atlas De Endoscopia Digestiva da SOBED. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. 2011 2. MEDRADO, B. Lesões subepiteliais gástricas. 2015; 3. ANDRADE, L. C. et al. Revisão da literatura: hemangioma hepático. 1999; 4. PSENDZIUK, C. et al. Prevalência de sintomas de doença do refluxo gastroesofágico em pacientes com indicação de endoscopia digestiva alta. 2010; 5. D'IPPOLITO, G. et al. Apresentações incomuns do hemangioma hepático: ensaio iconográfico. Radiologia Brasileira, 2006; 6. ROBBINS, S. L. et al. Bases Patológicas das doenças. 2010; 7. MATTOS, A. A. et al. Tratado de hepatologia. 2010. 8. ALMEIDA, F. F. N. Ecoendoscopia nas lesões subepiteliais do trato digestório: artigo de revisão. 2012.



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Victor Antonio Kuiava

E-mail do autor principal victorkuiava@gmail.com

Nome Lyncon Bravo Meotti

Nome Ana Thereza Perin

Nome Lísia Hoppe

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título Uma Análise Temporal de Neoplasia de Esôfago por Região em 2016

Introdução O câncer de esôfago é considerado um dos tumores mais agressivos do trato gastrointestinal. Essa característica poderia ser explicada pela presença de lesões localmente avançadas e metastáticas em 50 por cento dos pacientes no momento do diagnóstico (MASSAB, 2017). Existem dois tipos histológicos predominantes nessa doença: o adenocarcinoma e o carcinoma escamoso que correspondem juntos a 95 por cento dos cânceres desse órgão. Atualmente, a neoplasia de esôfago encontra-se em transição epidemiológica passando da maior incidência do tumor escamoso para o de adenocarcinoma (RUSTIGI; EL-SERAG, 2014). Nesse sentido, o objetivo do trabalho é abordar a incidência desse tumor por região geográfica, associado aos fatores de risco para essa patologia com base nos dados oferecidos pelo Sistema de dados do Data SUS no ano de 2016.

Desenvolvimento O câncer de esôfago é a terceira causa de morte por neoplasias em homens no Estado do Rio Grande do Sul, enquanto no Brasil, na mesma categoria, ela ocupa quinta posição. Sendo responsável por mais de 17 mil casos no ano. A epidemiologia do câncer de esôfago é extremamente variável de país para país, de região para região, sempre apresentando uma maior incidência em pacientes masculinos e com mais idade, visto Figura 1. Essa conformação poderia ser justificada por diferentes níveis de exposição de fatores de risco por diferentes populações. Substâncias como álcool, tabaco e bebidas quentes, situações de inflamação crônica do esôfago e doenças: a acalasia, doença celíaca, tilose palmar estão relacionadas com uma maior incidência dessa neoplasia. (ROHDE; OSVALDT, 2011) As neoplasias de esôfago podem ser divididas em dois grandes grupos: o carcinoma escamoso e o adenocarcinoma. O carcinoma escamoso está intimamente relacionado ao uso de álcool e da prática do tabagismo. Até a década de setenta, eles eram responsáveis por 90 por cento das neoplasias desse órgão. Contudo, devido à emergência da obesidade, da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e do epitélio de Barrett, o adenocarcinoma já superou o número do carcinoma escamoso nos EUA. (MASSAB, 2017) No Brasil, percebe-se uma conformação entre o banco de dados nacionais e internacionais com a relação entre os sexos, há uma maior prevalência em números absolutos entre o sexo masculino que o feminino numa proporção 3-4 casos para 1 mulher. De outro modo, analisando as regiões brasileiras, percebe-se que o Sudeste é que apresenta o maior número de casos 8483, seguido pela região Sul 4492, Nordeste 2993, Centro-Oeste

1028, Norte 401. Comparando os números absolutos entre as regiões, o Sudeste corresponde a 48 por cento do total de casos de neoplasia maligna, seguido com 25,8 por cento com a região Sul. Essa apresentação entre as regiões poderia ser explicada quantitativamente devido a maior densidade demográfica na região Sudeste em comparação com, a região Sul. Porém, devido aos baixos números apresentados na região Norte, área de maior população que a região Sul, pode-se suspeitar em subnotificações desse tumor ao sistema de base do SUS. Contudo, analisando as incidências em 2016 dessa doença por região, Figura 2, o Sul tem 15 casos por 100.000; seguido pelo Sudeste 9 casos; Centro-Oeste 6,5; Nordeste 5 e o Norte com 2. Nessa perspectiva, uma hipótese para justificar por que o Sul teria uma maior incidência, seria devido a maior exposição a fatores de carcinogênicos, como práticas culturais de tomar bebidas quentes, o chimarrão.(MASSAB, 2017)

Conclusão O câncer de esôfago é uma condição grave, associada a elevada mortalidade. Apresenta diversos fatores de risco para sua patogenia, sendo grande maioria condições evitáveis, como consumo de álcool, tabaco e bebidas quentes. Sua relevância é ainda maior, pois existe atualmente uma transição epidemiológica, devido a surgimento de outros fatores patogênicos como a obesidade, DRGE e esôfago de Barret.

Referências Bibliográficas MASSAB, M. Esophageal Cancer. Medscape. Disponível em: . Acesso em 11 de setembro de 2017. ROHDE, L.; OSVALDT, A. B. Rotinas em Cirurgia Digestiva. 2. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2011. RUSTIGI, A. K.; EL-SERAG, H. B. Esophageal Carcinoma. The New England Journal of Medicine, 2014. p. 2499–2509.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Victor Antonio Kuiava

E-mail do autor principal victorkuiava@gmail.com

Nome Henrique Calabria Buligon

Nome Fernanda Paula Schafer

Nome Lucas Thomazi Ferron

Nome Cristiane Barelli

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título Educação "invisível": lacunas do conhecimento sobre o TEA na formação médica.

Introdução O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento no qual a pessoa apresenta padrões restritos e repetitivos de comportamento, bem como prejuízos na interação social e comunicação. A importância de se tratar esse tema justifica-se pelo aumento contínuo de casos nos últimos anos, um estudo americano apresenta que uma em cada 68 crianças de até oito anos apresenta essa condição, e pela necessidade de divulgação e visibilidade de um assunto cada vez mais relevante no cenário mundial. O trabalho tem por objetivo saber como os médicos e estudantes de medicina percebem o estudo do TEA na formação médica. Se é um assunto contemplado na graduação, se já atenderam paciente com TEA, se sentem-se capacitados para lidar com pessoas portadores deste transtorno. A partir disto, se tem alguma sugestão para melhoria na formação e/ou acompanhamento deste pacientes.

Desenvolvimento A fim de avaliar os objetivos da pesquisa, utilizou-se um questionário com 15 perguntas, aplicadas a Médicos professores (M) e Estudantes de medicina (E) da UPF. Foi selecionada uma amostra de 20 estudantes e 06 Médicos. Do montante, a maioria ((E) 70%; (M) 83%) nunca conviveram com portador de TEA e quando indagados em relação à exposição a aulas ou estágios 83% dos professores negaram terem recebido em sua formação, fato que lentamente vem sendo modificado nos estudantes, onde metade já teve alguma exposição, dado promissor, mas ainda muito aquém do esperado. Quando comparado em relação à participação em alguma atividade complementar o resultado foi semelhante ((E) 35%; (M) 33%) comprovando a necessidade de maior foco. Um dado preocupante foi levantado em relação à preparação do estudante para atender um paciente com TEA, dos 25% que já haviam atendido algum, nenhum se sentia preparado para atendê-los. Um resultado melhor foi encontrado com os médicos, onde dos 50% que já atenderam, 67% sentiam-se preparados mostrando que aqueles que necessitam atendê-los, em geral, acreditam fazê-lo de forma correta. Sobre a influência da formação acadêmica no atendimento médico tanto médicos quanto estudantes consideram que o ensino impacta positivamente em seu atendimento ((E) 80%; (M) 33%), sendo que todos acham que o ensino sobre o TEA deveria ser obrigatório. Para avaliar o conhecimento dos entrevistados sobre o ensino atual do TEA foi questionado se

havia conhecimento de alguma disciplina ou professor que ensinasse sobre, onde 60% (E) e 50% (M) afirmaram que sim, dentre os mais citados a neuropsiquiatria e a pediatria. Nas atividades complementares e projetos notou-se um desconhecimento por parte dos médicos, onde nenhum afirmou saber a respeito. Em contrapartida, 60% dos estudantes afirmaram conhecer, metade destes citaram “Autismo: diferente é o mundo que queremos” parte do programa ComSaúde e 25% mencionaram o ambulatório de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A fim de saber quais as sugestões de ambos os grupos para melhorar o ensino de TEA buscou-se saber qual seria a melhor disciplina para ensinar o TEA. As respostas de ambos os grupos foram bastante semelhantes, sendo a neuropsiquiatria, a mais escolhida ((E) 45%; (M) 60%). Quanto a outras formas de se ensinar sobre o TEA, eventos de extensão ((E) 29%; (M) 33%), Semana Acadêmica ((E) 26%; (M) 42%), projetos de pesquisa ((E) 23%; (M) 17%) e os estágios não obrigatórios ((E) 22%; (M) 8%) foram os mais citados.

Conclusão Esse levantamento serve para avaliar o atual ensino de TEA e a perspectiva de aperfeiçoá-lo. Apesar do empenho dos profissionais em tentar integrar essas pessoas a sociedade, percebeu-se uma fragilidade no ensino de TEA na graduação, visto que a maioria dos estudantes nunca tiveram contato com portadores de TEA e que parte dos acadêmicos e professores desconhecem iniciativas que tratem do tema.

Referências Bibliográficas AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th. ed. Washington, DC: Artmed, 2013. CHRISTENSEN, D. L. et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Vinícius Paz Lorenzoni

E-mail do autor principal vplorenzoni@outlook.com

Nome Vitória Treichel Cazarotto

Nome Rosiméri Gerlach

Nome Daliana Patricia Paul Lüdtke

Nome Ivan Lüdtke

Dados do trabalho

Categoria Ginecologia e Obstetrícia

Título TUMOR CARCINOIDE PRIMÁRIO DO OVÁRIO: RELATO DE CASO.

Introdução Os tumores carcinoides primários do ovário correspondem a 0,5 a 1,7% dos tumores carcinoides e a menos de 0,1% dos carcinomas do ovário, sendo frequentemente um achado histológico ocasional¹. Os tumores carcinoides primários do ovário podem ser divididos em 5 tipos histológicos: insular (26-53%), trabecular (23-29%), misto, mucinoso (1,5%), strumal (26-44%)^{1,4}. Tumores carcinoides de ovário dificilmente metastizam e devem ser tratados como tumores com baixo potencial de malignidade².

Desenvolvimento Esse estudo relata um caso de tumor carcinóide primário do ovário e tem como objetivo revisar a literatura quanto a apresentação clínico e tratamentos de escolha na vigência dessa doença. Paciente, 47 anos, feminina, parda, procedente de Almirante Tamandaré do Sul, vem ao ambulatório de oncologia do Hospital de Caridade de Carazinho encaminhada pelo ambulatório de clínica médica com achado de massa ovariana após investigação por dor abdominal associada a emagrecimento não intencional. Ao exame físico nenhum achado foi relevante para o quadro. Obesidade mórbida, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2 figuravam o quadro de comorbidades da paciente. Foi realizado uma investigação com TC de tórax e abdome que evidenciaram massas sugestivas de tumores em tecido subcutâneo, abdome inferior e mediastino. Então, para complementar a investigação foi optado por uma laparotomia exploratória que evidenciou ascite em moderada quantidade, múltiplos implantes peritoneais, em todos os quadrantes abdominais, em todo mesentério, mesocólon e epiplon. Identificada massa anexial direita de cerca de 8x6 cm, com aspecto tumoral. Palpados múltiplos implantes em abdome superior, estômago e fígado e realizado salpingo-ooforectomia direita. No anatomopatológico foi sugerido uma neoplasia de células ovais com implantes invasivos, o citopatológico de líquido ascítico foi positivo para células neoplásicas e a imuno-histoquímica concluiu que se tratava de uma neoplasia neuroendócrina infiltrando parênquima ovariano (padrão trabecular e insular). Então, foi feito o diagnóstico de tumor carcinóide primário do ovário. A maioria dos tumores carcinoides de ovários são achados incidentais, as pacientes raramente possuem dor abdominal, constipação, hirsutismo ou massa pélvica palpável³. Porém, algumas pacientes podem apresentar síndrome carcinóide e facilitar o diagnóstico. Os relatos de metástases na literatura são baixos, variam de

acordo com o tipo histológico do tumor e quando presente determinam um pior prognóstico². Histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral tem sido usado como tratamento de primeira escolha em casos semelhantes^{1,3}, no entanto, no caso relatado, devido a presença de carcinomatose difusa em todos os quadrantes abdominais, foi optado por remover apenas a lesão e seguir o tratamento com quimioterapia.

Conclusão Tumores carcinóides do trato ginecológico são raros e são um desafio justamente pela falta de evidência científica suficiente para determinar o melhor tratamento em fases diferentes da doença. Além disso a heterogeneidade do quadro e ausência de sintomas tornam o desafio ainda maior pela falta de suspeição diagnóstica.

Referências Bibliográficas 1 - Nogales F. Germ cells tumours, pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. World Health Organization Classification of Tumours; 2003:171.-4 2 - Takemori M, Nishimura R, Sugimura et al. Ovarian strumal carcinoid with markedly high serum levels of tumor markers. Gynecol Oncol 1995; 58:266-9. 3 - A. Talerman. Carcinoid tumors of the ovary. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology. April 1984, Volume 107, Issue 2, pp 125–135 4 - Talerman A. Germ cell tumors of the ovary, Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, Fifth Edition;2001



27^a SEMANA ACADÊMICA
FACULDADE DE
MEDICINA
25 a 29 de setembro

Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal Waleska Candaten Furini

E-mail do autor principal waleska_furini@hotmail.com

Nome Rita de Cássia do Rosário Nunes

Nome Antônio Colussi Diehl

Nome Clarissa Possamai Tres

Nome Ana Paula Sartori Suzana

Nome Gabriele Piva Boito

Nome Leonardo Ozório

Nome Nathan Bergamaschi

Dados do trabalho

Categoria Clínica Médica

Título META DE VACINAÇÃO PARA INFLUENZA: POR QUE ELA DEVE SER AMPLIADA?

Introdução No ano de 2009 ocorreu a primeira pandemia por influenza do século XXI, o sorotipo responsável foi o H1N1. Em 2010, o H1N1 foi incluído na vacinação oferecida pelo sistema público. Até o momento, não houveram estudos que estabelecessem relação entre a cobertura vacinal e o número de internações e óbitos por doença respiratória em idosos, mostrando a importância da coleta e análise de dados que possam auxiliar na prevenção de complicações e mortes. Nesse sentido, o presente estudo busca a obtenção de dados locais confiáveis sobre a cobertura vacinal contra influenza, bem como número de internações e óbitos por influenza e doença respiratória em indivíduos maiores de 60 anos, além de verificar se houve impacto da vacinação contra o vírus A nesses indicadores.

Desenvolvimento Foram utilizados dados da plataforma DataSUS para obtenção do número de internações hospitalares e óbitos entre os anos de 2007 e 2014 em idosos acima de 60 anos na cidade de Passo Fundo e no estado do RS, além de dados da cobertura vacinal contra a influenza no mesmo período. Para a análise comparativa utilizou-se os dados dos anos de 2008 (ano anterior à epidemia de H1N1) e 2013 (ano de maior cobertura vacinal). A análise estatística foi realizada através do teste de chi quadrado com correção de Yates. Em 2008, a cobertura vacinal em maiores de 60 anos, na cidade de Passo Fundo e no estado do RS foi de 71,61% e 69,56%, respectivamente, atingindo um pico de 93,61% ($p=0,0001$) e 89,62% ($p=0,0001$) em 2013. Também houve diferença significativa ($p=0,0002$) entre o percentual de vacinados no município em comparação com o estado. Concomitantemente o número de internações hospitalares por doenças respiratórias entre a população total de idosos reduziu de 0,89% em 2008 para 0,77% em 2013 ($p=0,008$) no município de Passo Fundo. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,49$) na redução das internações no estado do RS (3,06% e 2,83%, respectivamente). O número de óbitos decorrentes de doença respiratória no mesmo grupo etário não apresentou diferença estatisticamente significativa tanto para o município onde variou em apenas 0,01% ($p=0,590$) entre os anos de 2008 (0,12%) e 2013 (0,13%), quanto no estado ($p=0,12$) onde houve um

aumento no número de óbitos neste período de 0,35% para 0,48%. Os dados de internações e óbitos por influenza especificamente não foram analisados por não haver número suficiente de registros.

Conclusão Para se obter um impacto real no número de internações hospitalares por doença respiratória foi necessária uma cobertura vacinal maior de 90%, número esse alcançado apenas no município de Passo Fundo e apenas no ano de 2013. Não se observou associação entre a cobertura vacinal para influenza e o número de óbitos por doença respiratória em idosos tanto em Passo Fundo quanto no Rio Grande do Sul.

Referências Bibliográficas IORIO AM, CAMILLONI B, BASILEO M, NERI M, LEPRI E, SPIGHI M. Effects of repeated annual influenza vaccination on antibody responses against unchanged vaccine antigens in elderly frail institutionalized volunteers. *Gerontology*. 2007;53(6):411-8. Epub 2007 Oct 31. PubMed PMID: 17975317. LEE WJ, CHEN LK, TANG GJ, LAN TY. The impact of influenza vaccination on hospitalizations and mortality among frail older people. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Apr;15(4):256-60. doi: 10.1016/j.jamda.2013.12.003. Epub 2014 Feb 20. PubMed PMID: 24559640. HOSHI SL, KONDO M, HONDA Y, OKUBO I. Cost-effectiveness analysis of influenza vaccination for people aged 65 and over in Japan. *Vaccine*. 2007 Aug 29;25(35):6511-21. Epub 2007 Jun 21. PubMed PMID: 17681651.



Dados do(s) autor(es)

Nome do autor principal William Patrick Menegussi

E-mail do autor principal william.menegussi@gmail.com

Nome Bárbara Luiza Inocêncio Battistel

Nome Vitor Campos Horbach

Nome Bruna Schimitt Puhl

Dados do trabalho

Categoria Extensão

Título Relato de experiência: Curso de Dissecação

Introdução No meio acadêmico a disciplina de anatomia denota-se fundamental para a construção de um profissional de saúde qualificado, tanto que se qualifica como um dos principais assuntos das grades curriculares dos cursos do país. Em geral, o ambiente educacional não proporciona o total entendimento do assunto nem abordagem prática da dissecação, visto que existem aspectos éticos que limitam a quantidade de peças anatômicas e a carga horária não é suficiente para abordar todo o conhecimento já produzido ao longo dos anos. Os objetivos são: Capacitar melhor alunos através da nova aprendizagem, recordar assuntos pertinentes na formação acadêmico discente, conhecer instrumentos e técnicas para a correta dissecação, dissecar peças para a futura aprendizagem dos novos acadêmicos, assim como reforçar a importância da anatomia para a qualificação profissional

Desenvolvimento O 1º curso Mutirão de dissecação Anatômica foi promovido pela Universidade de Passo Fundo, no período de 07 de outubro de 2016 a 09 de dezembro de 2016, com carga horária total de 20 horas, no Instituto de Ciências Biológicas. Ao primeiro momento orientou-se os acadêmicos de como manejar equipamentos de maneira correta e técnicas que seriam as mais adequadas para cada situação. Além disso foi realizada uma breve aula expositiva com os erros mais comuns durante a dissecação, a fim de que os discentes tivessem uma abordagem cuidadosa durante a realização das atividades. Posteriormente, sempre com o auxílio de um orientador, os alunos praticavam as técnicas de dissecação de acordo com as necessidades de peças anatômicas, visando a reposição das mesmas para as aulas de graduação de anatomia. Por fim, os alunos apresentaram seus resultados através de fotos de cada dia de atividade, comparando a evolução ao longo dos trabalhos desenvolvidos e tecer comentários caso pertinentes.

Conclusão A partir da experiência vivenciada, os resultados já podem ser percebidos, visto que o curso viabilizou novas peças para as aulas de anatomia e permitiu aos alunos participantes um conhecimento mais aprofundado. Dessa forma, essa experiência tem notória relevância, já que possibilita melhor conhecimento médico-acadêmico.

Referências Bibliográficas 1)Drake RL. Gray's anatomia clínica para estudantes/ Richard L. Drake, A Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell – 3. Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 2)Moore KL, Dalley AF. Anatomia orientada para a clínica. 5. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007.